

**Verhaltenstherapeutische
Elternarbeit**

Ingrid Bastine

1979



Digitized by the Internet Archive
in 2026

VERHALTENSTHERAPEUTISCHE ELTERNARBEIT

Ein empirischer Vergleich von zwei Trainingsmethoden
für Eltern mit leistungsgestörten Kindern

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Ludwig Maximilians-Universität München

vorgelegt von
Ingrid Bastine

aus München

1979

Referent: Prof. Dr. W. Butollo

Korreferent: Prof. Dr. W. Tunner

Tag der mündlichen Prüfung: 26.6.1979



INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
VORWORT	1
I. EINLEITUNG	4
II. AUFGABENBEREICHE DER VERHALTENS- THERAPEUTISCHEN ELTERNARBEIT	9
1. Die Entwicklung des Verhaltensmodells für den Humanbereich	10
2. Die verhaltenstherapeutische Eltern- arbeit nach dem Konditionierungsmodell	14
3. Andere in der verhaltenstherapeutischen Elternarbeit verwandte Behandlungsmetho- den	20
4. Motivation und Einstellungen der Eltern	25
5. Die Analyse der Interaktion zwischen Eltern und Kind im Hinblick auf die Interventionsplanung	29
6. Verhaltensbeobachtungsmethoden im Elterntraining	42
7. Versuchspläne im Elterntraining	54
III. UNTERSUCHUNGEN ZUR VERHALTENSTHERA- PEUTISCHEN ELTERNARBEIT	57
1. Einzelfallstudien	57
2. Die Betreuung von Eltern in Gruppen	69
IV. DIE UNTERSUCHUNG	92
1. Die Planung des Trainingsprogramms	92
2. Die Patienten	97
3. Der Aufbau der Untersuchung	98

	Seite
4. Der Verlauf der Untersuchung	99
5. Das Trainingsprogramm	106
6. Die Verhaltensbeobachtung	109
7. Interventionsschritte, die nicht systematisch kontrolliert worden sind	115
8. Die Gruppenabende	117
V. DIE ERGEBNISSE	121
1. Die Untersuchung der ersten Beobach- tungsphase	121
2. Die Untersuchung des Behandlungs- verlaufs	125
3. Die Untersuchung der zweiten Beob- achtungsphase	156
4. Der Vergleich von erster und zweiter Beobachtungsphase	169
5. Außenstehende beobachten Verhaltens- änderungen der Kinder (Interview C und D)	180
6. Der Vergleich von Mutter- und Kindver- halten bezüglich erwünschter und un- erwünschter Verhaltensweisen	183
7. Das gemeinsame Auftreten mütterlicher und kindlicher Verhaltensweisen	191
8. Die Länge von Verhaltenssequenzen als Kriterium für den Behandlungsfort- schritt	200
9. Die emotionale Einstellung der Mutter ihrem Kind und der Behandlung gegen- über	205
10. Besprechung einiger Einzelfälle bezüg- lich ihres Behandlungsfortschritts	213

	Seite
11. Nachuntersuchung	222
12. Zusammenfassung der Ergebnisse	224
VI. SCHLUSSBEMERKUNGEN	227
VII. LITERATUR	230
VIII. ANHANG	255

VORWORT

Die vorliegende Untersuchung ist am Psychologischen Institut der Universität Regensburg durchgeführt worden. Es handelt sich um ein verhaltenstherapeutisches Elterntraining, an dem 17 Elternpaare und ihre Kinder, 15 Jungen und 2 Mädchen im Alter von 7 - 10 Jahren teilgenommen haben. Die Kinder sind zuhause und in der Schule alle durch Konzentrationsstörungen aufgefallen und haben darüber hinaus Verhaltensauffälligkeiten gezeigt, die von Nicht-Befolgen von Aufforderungen und aggressivem Verhaltenswesen bis zu Passivität und Schüchternheit reichten.

Abgesehen von einigem Murren und "ich mag heute nicht" in der Anfangszeit sind sie alle fleißig dabeigewesen.

Die Hauptarbeit ist von den Müttern geleistet worden. Sie haben in Einzelsitzungen mit ihrem Kind die Funktion des Therapeuten übernommen und alle mit großem Vertrauen und gutem Willen sehr viel zum Gelingen des Trainings beigetragen. Eine Mutter ist schon während der ersten Beobachtungsphase aus dem Programm ausgeschieden. Eine andere Mutter wollte die Behandlung während der ersten beiden Interventionswochen abbrechen. Sie hatte schlaflose Nächte und Angst, nicht stark genug zu sein, um das Programm zu Ende durchzustehen. Sie ist geblieben und hat die Behandlung erfolgreich und guter Dinge abgeschlossen.

Die Eltern-Kind-Paare sind in zwei Therapiegruppen, die nach verschiedenen Programmen behandelt worden sind, und eine Kontrollgruppe aufgeteilt worden. Nach Abschluß der Behandlung haben die Mütter der Therapiegruppen bedeutsame Fortschritte gezeigt, während die beobachteten Verhaltensauffälligkeiten in der Kontrollgruppe unverändert blieben. Bei den Kindern selbst sind jedoch nur in Einzelfällen signifikante Veränderungen

festgestellt worden. In einigen Fällen wäre es wünschenswert gewesen, das Programm noch um einige Sitzungen zu verlängern. Andererseits haben die Mütter und einige der Väter in beiläufigen Erzählungen den Eindruck hinterlassen, daß dieses Trainingsprogramm, das "im Labor" durchgeführt worden ist und auf den Teilbereich "Hausaufgabenmachen" begrenzt war, durchaus weitreichende Effekte gezeigt hat. Die Bemerkungen der Eltern reichen von der Feststellung, sie merkten, daß sie an sich selber arbeiten müßten, über den Zusatz, sie kämen auch mit den Geschwistern des Problemkindes jetzt besser zurecht, bis zum Frohsein darüber, daß ihre Ehe wieder harmonischer sei. Es ist daher anzunehmen, daß die Eltern selbst von dem Training profitiert haben und ihre neuen Erfahrungen für sich und ihre Kinder weiterhin nutzen werden. Ich selbst habe ihnen gerne geholfen. Mir hat die Zusammenarbeit mit allen Eltern sehr viel Freude gemacht.

Mein Dank gilt Herrn Professor Dr. Willi Butollo für sein Interesse an meiner Arbeit, seine Offenheit und seine Kooperationsbereitschaft. Seine Großzügigkeit bezüglich der späten Abfassung des Manuskripts war mir eine wichtige Hilfe.

Ganz besonders danke ich Herrn Professor Dr. Adolf Vukovich für die selbstverständliche Bereitstellung der technischen Mittel und Räumlichkeiten während der Durchführung der Untersuchung.

Ich bedanke mich herzlich bei Elisabeth Beschorner, Eva Binder, Franz Lehner und Oskar Seitz, die als Diplomanden und Praktikanten an dem Training mitgearbeitet haben. Ohne ihr Engagement und ihren Fleiß wäre die Durchführung der Untersuchung gar nicht möglich gewesen.

Ich sage Herrn Weinberger vielen Dank für seine Beratung bei der Auswertung der Daten und Herrn Fröscher für die Anfertigung der Zeichnungen.

Ganz besonders herzlich danke ich Barbara Förster für ihre liebe Fürsorge während der Abfassung des Textes. Die täglichen Gespräche mit ihr haben mir dabei sehr geholfen.

I. EINLEITUNG

Da die Eltern in den ersten Lebensjahren für die Erziehung sorgen und somit die wichtigsten Kontaktpersonen eines Kindes sind, kommt ihnen eine besondere Bedeutung zu. Erfahrungen, die ein Kind in der Beziehung zu seinen Eltern erlebt, bestimmen seine gesamte psychische Entwicklung.

Die Erkenntnis, daß auch neurotische Fehlentwicklungen auf Grund affektiver Erlebnisse in der frühen Kindheit entstehen, geht auf Sigmund FREUD zurück und wird heute von allen anderen klinischen Schulen als selbstverständlich anerkannt.

FREUD selbst hat die kindliche Entwicklung ganz vom Kind her betrachtet. Ihn interessierte, was im Kind geschieht, welchen Impulsen es nachgehen möchte, welche Abwehrmechanismen es betätigt (FREUD, S., 1923; 1924). FREUD sah das Kind immer als Herr seiner eigenen Prozesse, während die Eltern, so betrachtet, die Adressaten seiner Wünsche und Abwehrvorgänge sind. Daß gleichzeitig auch die Eltern auf Grund ihrer eigenen Prozesse Einfluß auf das Kind nehmen und es ihren eigenen Wünschen und Projektionen unterwerfen, wird von ihm nur am Rande verfolgt (s. dazu auch H. E. RICHTER, 1969).

Neuere psychoanalytische Richtungen nehmen den entgegengesetzten Standpunkt ein und sehen in dem "affektiven Beziehungsklima" und der Persönlichkeitsstruktur der Eltern entscheidende Faktoren, die die Persönlichkeitsentwicklung des Kindes bestimmen (RICHTER, H.E., STROTZKA, H., WILLI, J., 1976). H.E. RICHTER (1969) sieht die Rolle des Kindes in der Familie, die ihm auf Grund der emotionalen Bedürfnisse der Eltern zukommt, als wichtigen Auslöser für die Entstehung neurotischer Störungen. Eltern weisen ihrem Kind z. B. die Rolle eines "Ersatzes für einen Partner" oder die Rolle des "Substituts für einen Aspekt ihres eigenen Selbst" zu und belasten es mit ihren eigenen, unbewältigten Problemen, ohne sich dessen bewußt zu sein.

Für eine Therapie von Mutter und Kind ist in diesem Zusammenhang die Analyse der psychodynamischen Vorgänge von Bedeutung, die in den Eltern wirksam sind und die Betrachtung der Art und Weise, wie das Kind sich mit der ihm zugedachten Rolle auseinandersetzt.

Auch in der von Carl ROGERS beeinflussten "Filial Therapy" nach B.G. GUERNEY (1964) (s. dazu auch GUERNEY, B.G.; STOVER, L.; ANDRONICO, M.P.; 1967; AUERBACH, A.B., 1968; GINOTT, H.G., 1957; GORDON, T., 1972) kommt den elterlichen Gefühlen als Einflußfaktoren auf die kindliche Entwicklung vorrangige Bedeutung zu. Das Ausmaß an elterlicher Offenheit, an Verständnis und Akzeptieren des Kindes bestimmen die Beziehung zwischen Eltern und Kind und verhelfen dem Kind entweder zu einer "gesunden" Entfaltung oder verursachen seine Störverhaltensweisen.

Guerneys "Filial Therapy" versucht, die emotionalen Einstellungen der Eltern ihrem Kind gegenüber zu ändern und so Einfluß auf die Eltern-Kind-Interaktion zu nehmen. Gefühle werden als Mediatoren für eine Veränderung angesehen. Das erste Erfolgskriterium für die nicht-direktive Therapie ist entsprechend ihren Annahmen, eine Veränderung in der emotionalen Haltung der Eltern.

Im Vergleich dazu bleiben in der verhaltenstherapeutischen Elternarbeit "innere Prozesse" weitgehend unberücksichtigt. Die Betonung liegt auf dem aktuellen Verhalten (TAVORMINA, J.B., 1974). Für das Zustandekommen kindlicher Störverhaltensweisen werden nach B.F. SKINNER (1974) Bekräftigungstendenzen der Umwelt verantwortlich gemacht. Eltern halten sowohl angepasstes Verhalten als auch Störverhaltensweisen der Kinder durch Verstärkung aufrecht. Sie schwächen kindliche Verhaltensweisen, indem sie sie nicht belohnen.

In der Therapie werden die Eltern angeleitet, ihre eigenen Reaktionen auf das kindliche Verhalten zu kontrollieren und damit das Verhalten ihrer Kinder zu verändern. Der

Erfolg der Behandlung wird in Veränderungen des Zielverhaltens bei Eltern und Kind gesehen.

Die zuletzt genannten Richtungen der Eltern-Kind-Behandlung gehen in der Beschreibung der Entstehung kindlicher Störverhaltensweisen von den Eltern als Auslöser der Schwierigkeiten aus. Der konträre Standpunkt FREUDs, das Kind als eigenständiges Wesen zu sehen, das seinerseits Impulse schickt und nicht lediglich Opfer des Einflusses seiner Eltern ist, wurde bislang nicht wieder aufgegriffen. Entsprechend geht die Interventionsplanung von der Überlegung aus, zunächst auf die Eltern Einfluß zu nehmen. Bei der Betonung der Eltern als Übermittler und Auslöser von Veränderungen im Kind, handelt es sich um eine pragmatische Vorgehensweise, die nachgewiesenermaßen effektiv ist.

Anzunehmen ist aber wohl eher eine wechselseitige Einflußnahme von Eltern- und Kindverhalten. Hierzu gibt es allerdings bislang nur unsystematische Beobachtungen, die in der Literatur als Randbemerkungen erscheinen. G.R. PATTERSON (1974) schreibt z. B. in einem sehr ausführlichen Fallbericht: "The illustrative analysis strongly suggested that while the parents influenced Karl in these intended interactions, he also altered their behavior" (S. 26), (s. dazu auch LYTTON, H., 1971).

Eine Ausnahme bildet der ebenfalls von G.R. PATTERSON beschriebene "Coercion"-Prozeß (s. S. 38) mit dem die gestörte Eltern-Kind-Interaktion bei aggressiven Kindern vor der Intervention aufgezeigt wird. Für die Interventionsplanung selbst wird der Aspekt der Wechselwirkung von PATTERSON jedoch außer acht gelassen. - Auch die Erfahrungen aus meiner eigenen Studie bestätigen diese Beobachtungen. Der Einfluß des Kindes auf das mütterliche Verhalten konnte genau zu dem Zeitpunkt beobachtet werden, als das Kind begann, sein Verhalten zu ändern und damit zum Ausdruck brachte, daß die von der Mutter eingeschlagenen Strategien effektiv waren. Als Folge der neuen Reaktionsweisen des Kindes änderte wiederum die Mutter ihr Verhalten

und offenbar auch ihre Einstellung dem Kind gegenüber in positiver Weise. Bei einem günstigen Therapieverlauf ist daher anzunehmen, daß Mutter und Kind sich wechselseitig verstärken und helfen, sobald die Intervention Erfolg zeigt. Sinnvoll erschien es daher, den Wechselwirkungsprozeß in das Interventionsprogramm mit einzuplanen und z. B. auch das Kind selbst stärker zu involvieren. Von dieser Überlegung ist bislang jedoch nur in wenigen Fällen Gebrauch gemacht worden (STRAUGHAN, J.H., 1964).

Neben der gemeinsamen Vorgehensweise in der Intervention, die Eltern als Therapeuten ihrer Kinder einzusetzen, haben die humanistische Filialtherapie und die verhaltenstherapeutische Elternarbeit auch ein gemeinsames Ziel: beide Behandlungsformen wollen die emotionale Beziehung zwischen Eltern und Kind verändern.

Wie schon erwähnt, liegt der Unterschied zwischen beiden Richtungen in den Mediatoren der Veränderung.

In der Filialtherapie wird versucht, die Gefühle der Eltern als Mittel einzusetzen, um das Verhältnis zwischen Eltern und Kindern zu verbessern.

Die Verhaltensmodifikation arbeitet an dem aktuellen Verhalten der Eltern und versucht, über eine Verhaltensänderung direkt bei den Eltern, indirekt bei dem Kind die Besserung ihrer Beziehung zu erreichen.

Auf Grund der verschiedenen Vorgehensweisen ergeben sich Vor- und Nachteile für beide Richtungen. Der Filialtherapie wird im Rahmen wissenschaftlicher Arbeiten der Vorwurf gemacht, es mangle ihr an spezifischer Problemorientierung, ihre Definitionen seien nicht präzise genug, sie verwende zu viele verschiedene Instrumente zur Veränderungsmessung, um zu sinnvollen, allgemeinen Aussagen zu gelangen (TAVORMINA, J.B., 1974).

Derlei Anforderungen wird die Verhaltenstherapie sehr viel eher gerecht, denn die Präzisierung von Begriffen, die gezielte Analyse des Problemverhaltens, wie es z. B. mit gut ausgearbeiteten Verhaltensbeobachtungsinstrumenten möglich ist, sind ihre Stärke. Gerade mit ihren prag-

matischen, oft klaren Interventionsstrategien hat die Verhaltenstherapie für die therapeutische Arbeit sicherlich sehr wichtige Anregungen gegeben.

Beide Therapieformen erbringen Erfolge. Dennoch ist anzunehmen, daß die Kombination der bislang getrennt verwandten Erkenntnisse den Bedürfnissen der Patienten eher gerecht werden und schließlich auch die Effektivität der Behandlung erhöhen könnte.

Gefühlsmäßiges Erleben und die Einsicht in Zusammenhänge des eigenen Verhaltens sind wichtig für das persönliche Fortkommen, jedoch allein nicht ausreichend. Werden neue Verhaltensweisen angestrebt, so müssen diese, um sich entfalten und stabilisieren zu können, gleichzeitig geübt werden. Hier liegt ein außerordentlich wichtiger Beitrag der Verhaltenstherapie.

Der Behaviorismus ist nicht unwahr, er ist lediglich mit seiner Beschränkung auf menschliches "Verhalten", das beobachtbar und quantifizierbar ist, äußerst einfach und gewährt ganz wichtigen Prozessen wie "Introspektion", "Bewußtsein", "Gefühlen" keinen Raum.

Auch die Beziehung zwischen Mutter und Kind ist komplizierter als das Konditionierungsmodell sie beschreiben kann und läßt die Einbeziehung innerer Erlebnisabläufe als unbedingt notwendig erscheinen. Zwischen dem Verhalten, das ein Mensch äußert und seinem Gefühl, das er dabei erlebt, bestehen Interdependenzen, denen Rechnung getragen werden muß, so daß eine Synthese zwischen Behaviorismus und ^{humanistischer} ~~Psychologie~~ in Zukunft wichtig erscheint.

Mein eigenes, hier beschriebenes Elterntaining ist vorwiegend in der verhaltenstherapeutischen Tradition konzipiert und durchgeführt worden.

Es hat schöne Ergebnisse erbracht und war für die beteiligten Eltern nach ihren eigenen Aussagen sehr hilfreich. Eine Neuplanung heute würde ganz sicher neben der Betonung der V e r h a l t e n s ä n d e r u n g den Aspekt des g e f ü h l s m ä ß i g e n Erlebens mit-einbeziehen. Die Notwendigkeit dieser Vorgehensweise wurde aber eigentlich erst nach Abschluß des Programms, beim nachträglichen Überdenken deutlich.

II. AUFGABENBEREICHE DER VERHALTENSTHERAPEUTISCHEN ELTERNARBEIT

Verhaltensstörungen bei Kindern entstehen in verschiedenen Lebensbereichen, z. B. im Elternhaus, im Kindergarten oder in der Schule. Es ist jedoch nicht von jeher selbstverständlich gewesen, die Verhaltensmodifikation im Risikomilieu selbst durchzuführen (KUHLEN, V., 1972). Frühere Kindertherapeuten haben darauf geachtet, das "krankmachende" Milieu für die Zeit der Intervention möglichst auszuschalten und den kleinen Patienten in der Isolation eines gesunden Beziehungsgefüges zu stabilisieren.

Erst seit etwa zehn Jahren wird versucht, den therapeutischen Eingriff in die natürliche Umwelt zu verlegen oder zumindest die wichtigsten Bezugspersonen des Kindes (Eltern, Kindergärtnerin, Lehrer) in die Betreuung miteinzubeziehen.

Das Bemühen geht dahin, Entstehungsbedingung und Symptom gleichzeitig zu modifizieren, um so die Schwierigkeiten einer Generalisation des Gelernten von der Therapie auf die reale Situation zu reduzieren. Bislang vorliegende Erfahrungen hatten gezeigt, daß vor allem Kinder dazu neigen, erneut auffällig zu werden, sobald sie nach Abschluß der Behandlung in ihrem alten Milieu wieder ohne die Unterstützung des Therapeuten leben müssen.

Anregend für die Intervention in der natürlichen Umwelt ist von verhaltenstherapeutischer Seite vor allem der Bericht von R.G. THARP und R.J. WETZEL (1969): "Behavior Modification in the Natural Environment" gewesen. Die Autoren berichten einerseits Erfolge und weisen andererseits auf die Komplexität der durch die Einbeziehung des Risikomilieus notwendig gewordenen Operationen hin. Letztes führt zu Schwierigkeiten sowohl in der Durchführung als auch in der Kontrolle dieser Interventionsform.

In den bislang vorliegenden Untersuchungen werden primär die Eltern aktiv in die Therapie miteinbe-

zogen.

Aus der besonderen Abhängigkeitsbeziehung der Kinder zu ihren Eltern ist für die Intervention anzunehmen, daß die auf Grund von Erziehungsfehlern der Eltern verursachten Auffälligkeiten der Kinder am ehesten durch eine Modifikation des Elternverhaltens selbst verringert werden können.

Für die Verhaltenstherapie ergeben sich hieraus zwei Aufgabenbereiche:

- a) die Entwicklung von P r i n z i p i e n , die den Eltern vermittelt und die von ihnen angewandt werden können, um das Störverhalten ihrer Kinder zu modifizieren;
- b) die Entwicklung von V e r s t ä r k u n g s - p r o z e d u r e n , die gleichzeitig das von den E l t e r n erwünschte Erziehverhalten aufrechterhalten.

1. Die Entwicklung des Verhaltensmodells für den Humanbereich

Die bislang in der verhaltenstherapeutischen Elternarbeit angewandten Methoden sind nicht neu. Den Eltern wurden weitgehend dieselben Vorgehensweisen vermittelt, die vorher auch der Therapeut bei der Behandlung der Kinder benutzte.

Neu ist die Strategie, die Eltern a k t i v einzubeziehen und ihnen die Rolle des Therapeuten ihrer Kinder zu überlassen. Der Schwerpunkt wird in dieser Kindertherapie auf die Aktivität der Eltern und damit auf die soziale Umwelt des Kindes gelegt.

Die theoretische Grundlage der wichtigsten, auch im Elterntraining angewandten, verhaltenstherapeutischen Methoden ist das Verhaltensmodell. Es geht hiistorisch zurück auf

den amerikanischen Funktionalismus, den amerikanischen Behaviorismus und die russische Reflexologie zu Beginn dieses Jahrhunderts. Alle drei Schulen beschäftigen sich mit der Untersuchung der Determinanten einfacher Verhaltensweisen von Tieren, wobei großer Wert auf wissenschaftliche Strenge von Sprache und Methodik gelegt wurde, und die Bedeutung des Lernens für die Entwicklung des Verhaltens zentrale Beachtung fand.

In der amerikanischen Psychologie bekam das Verhaltensmodell schließlich den Namen S - R - Psychologie (Stimulus - Response) und war zunächst ebenfalls auf einfache Lernprozesse von Tieren beschränkt. Erst sehr viel später wurde das Modell auf Humanverhalten angewandt. Die schon etwas früher übertragene russische Reflexologie beschränkte sich auf einfache motorische Handlungen und physiologische Funktionen.

I. PAWLOW, der Vertreter des 'klassischen' Konditionierens, geht von der Frage aus: wie kommt es dazu, daß neue oder neutrale Stimuli, gewöhnlich äußere Ereignisse, angeborene Reaktionen allein dadurch auslösen, daß sie mit den auslösenden Stimuli, d. h. Ereignissen, die automatisch zum angeborenen Reagieren führen, in enger zeitlicher Reihenfolge auftreten? Die Steuerung des Verhaltens erfolgt durch den vorhergehenden Reiz. Notwendig für das Zustandekommen dieser Verbindung ist die wiederholte Paarung des neuen Stimulus mit dem die angeborenen Reaktionen auslösenden Stimulus.

E.L. THORNDIKE sieht das Verhalten des Individuums als aktives Reagieren in seiner Umwelt. Lernen erfolgt auf Grund des instrumentellen Konditionierens nach 'Versuch und Irrtum', wobei solche Verhaltensweisen ausgewählt und beibehalten werden, denen positive Konsequenzen folgen. Nach THORNDIKES 'Gesetz des Effektes' wird Verhalten durch seine Konsequenzen kontrolliert. Der Hauptunterschied zwischen beiden Lernprozessen liegt darin, daß im 'klassischen', respondenten Lernprozeß die

'Verstärkung' unabhängig vom Verhalten des Individuums erfolgt, während im 'instrumentellen' Konditionieren die Verstärkung eine direkte Konsequenz des Verhaltens darstellt.

In dem von B.F. SKINNER formulierten, 'operanten' Konditionieren geht das Individuum aktiv, mit frei von ihm selbst geäußerten Verhaltensweisen auf seine Umwelt zu. Wie in der Vorstellung THORNDIKES werden diese Verhaltensweisen ebenfalls durch ihre Konsequenzen kontrolliert. Erhöht wird die Auftrittswahrscheinlichkeit derjenigen Verhaltensweisen, die verstärkt worden sind. SKINNER sieht operante Verhaltensweisen als gelernte Reaktionen an, die mit Ereignissen der Umwelt in einem Wechselwirkungsverhältnis stehen. Die Beziehung zwischen einer Reaktion und nachfolgenden Umweltereignissen bezeichnet er als Kontingenz. Darüber hinaus lernt das Individuum, daß Reaktionen in einem bestimmten situativen Rahmen belohnt werden. Es lernt damit, zwischen Situationen zu diskriminieren und bestimmte Antezedenzbedingungen als Signale, als diskriminative Reize aufzufassen.

Die einschlägigen Konzepte der verschiedenen lerntheoretischen Schulen sind bereits vielfach ausführlich abgehandelt worden. (Siehe z. B. FOPPA, K., 1966; HILGARD, E.R., BOWER, G.W., 1970; WERNER, A., BUTOLLO, W., 1978; BANDURA, A., 1969; KANFER, F.H., PHILIPS, J.S., 1970; KUHLEN, V., 1972; YATES, A.J., 1970).

Inzwischen gibt es keine Einzeltheorie, die alle Lernphänomene erfaßt. Für eine Grundlage verhaltenstherapeutischer Methoden hat sich allerdings mehr und mehr das Modell B.F. SKINNERS (1974) als brauchbar erwiesen und zu einer breiten Ausweitung auf die Analyse menschlicher Verhaltensweisen geführt. Das Modell ist im Humanbereich auf beobachtbares Verhalten konzentriert. Innerpsychische Zustände, Emotionen wie zum Beispiel Angst werden als weniger relevante Merkmale zurückgestellt. Zentraler Gegenstand ist das Verhalten des In-

dividuums, das sich in Interaktionen mit seiner Umwelt befindet, sowie die Betonung verstärkender Ereignisse für seinen Lernprozeß.

Die Daten über einen Patienten werden empirisch erstellt und so wiedergegeben, daß die Verhaltensbeschreibung sorgfältig von theoretischen Konstrukten getrennt wird.

Neben direkten Beobachtungen durch den Untersucher wird lediglich noch auf Verhaltensbeschreibungen des Patienten oder anderer Personen zurückgegriffen, wenn Ereignisse wichtig erscheinen, die zu manchen Zeiten nicht beobachtbar sind. Diese Vorgehensweise gilt für die Erfassung erwünschten wie abweichenden Verhaltens gleichermaßen.

Ein von dem operanten Modell ausgehendes, für den praktisch-klinischen Gebrauch sehr nützliches Verfahren zur Systematisierung von Verhaltenseinheiten und Interaktionsvorgängen ist die von F.H. KANFER entwickelte Verhaltensformel (KANFER, F.H., PHILLIPS, J.S., 1970):

S - O - R - KV - K

Dabei bedeuten:

- S - vorausgehender Stimulus
- O - biologische Ausstattung des Organismus
- R - Reaktionsrepertoire
- KV - Kontingenzverhältnisse
- K - Konsequenz

Die vollständige Beschreibung einer Verhaltenseinheit dieser Formel erfordert die Spezifizierung jedes einzelnen Elements und ihre Interaktion untereinander. Kommt der Kliniker dieser Forderung nach, besitzt er eine ausgezeichnete Orientierungshilfe für die Therapieplanung und für die Kontrolle des Behandlungsverlaufs.

Bei einer Intervention werden zwei Steuerungsweisen vorgenommen:

1. K wird verändert, unter Berücksichtigung von KV, mit Auswirkungen auf R: 'Kontingenzmanagement'.
2. S wird verändert mit Auswirkungen auf R: 'Stimuluskontrolle'.

Dabei ist das Kontingenzmanagement, d. h. die Veränderung der Reaktionsweisen durch Veränderung der Konsequenzen das sehr viel häufigere Vorgehen.

2. Die verhaltenstherapeutische Elternarbeit nach dem Konditionierungsmodell

Die Art der Konsequenzen, die ein Verhaltenstherapeut zur Verhaltensmodifikation einsetzt, ist abhängig von dem **Z i e l** seiner Intervention. Soll ein Verhalten neu aufgebaut oder die Rate eines erwünschten Verhaltens erhöht werden, wird er mit positiver oder negativer Verstärkung arbeiten. Ist die Reduktion eines Störverhaltens geplant, sind Löschung oder Bestrafung als Konsequenzen möglich.

In der Praxis werden häufig verschiedene Konsequenzen gleichzeitig verwandt. Sie können hinzugefügt oder entfernt werden, je nach allgemeinem Interventionsplan bezüglich Häufigkeit der Vergabe und zeitlicher Folge (Quoten- und Intervallpläne). Zum Beispiel sollten Strafen jeder Art, die bekanntlich negative Begleiterscheinungen haben (s. S. 19), immer mit der Verstärkung eines erwünschten Verhaltens kombiniert werden.

Verstärkung, Löschung und Bestrafung sind Prozesse, die für Lernvorgänge oder Verhaltensänderungen als verantwortlich angesehen werden. Über ihre Effizienz ist in inzwischen unzähligen Studien gearbeitet und diskutiert

worden (Literaturangaben S. 12). Die Ergebnisse sind heterogen, jedoch werden letztlich zwei Aussagen zur positiven Verstärkung als verbindlich angesehen:

1. Positive Verstärkung ist am effektivsten, wenn sie kontingent, konsequent und mit minimaler Verzögerung erfolgt.
2. Das durch positive Verstärkung erlernte Verhalten ist löschungsresistenter, wenn die Verstärkung nicht kontinuierlich, sondern intermittierend erfolgt ist.

In den natürlichen Lernprozessen der kindlichen Entwicklung kommt selten eine kontinuierliche Verstärkung vor. Der Verhaltensaufbau ist hier zwar langsamer, die Resistenz gegenüber einer Löschung jedoch erhöht.

Ohne Zweifel ist die positive Verstärkung unter den operanten Techniken das am häufigsten gebrauchte und wohl auch vielseitigste Instrument zur Verhaltensänderung.

Unterschieden wird aufgrund der Art des Verstärkers selbst in soziale und materielle Verstärkung. Dabei kommt der sozialen Verstärkung mit Ausdrucksmöglichkeiten wie Lob, Anerkennung, körperlichen Reaktionen: Nicken, Streicheln usw. sowohl im Alltag als auch in der Therapiesituation sicherlich die größte Bedeutung zu.

Unter allen verfügbaren Verhaltensweisen sind es wahrscheinlich die verbalen und nicht-verbalen Reaktionen der anderen, die zur Ausformung unseres Verhaltens beitragen. In der Therapie werden diese Reaktionen systematisch und gezielt für eine bestimmte Verhaltensformung eingesetzt.

Materielle Verstärker wie Süßigkeiten, Geschenke, das Versprechen bestimmter Aktivitäten wie z. B. das des Vaters, mit dem Sohn in den Tierpark zu gehen, sind vor allem dann hilfreich, wenn das

Sozialverhalten gestört oder extrem reduziert ist und selber neu aufgebaut werden muß. Das gilt z. B. für ver-
wahrloste oder autistische Kinder, bei denen soziale
Verstärker ineffektiv bleiben würden. In anderen Fällen
haben materielle Verstärker oft zu Beginn einer Inter-
vention einen großen Anreiz und tragen zur Beschleuni-
gung von Veränderungen bei. (Siehe das Ergebnis der vor-
liegenden Studie S. 146).

Materielle Verstärker nutzen sich jedoch ab und werden
ineffektiv, wenn sie nicht der Bedürfnislage des Kindes
entsprechen. Ein Ausweg aus diesen Schwierigkeiten kann
z. T. in der Erfindung der Münzsysteme gesehen werden,
die es erlauben, nach vorher getroffener Vereinbarung
mit dem Patienten, ein erwünschtes Verhalten durch Mün-
zen, eine Art Spielmarken von bestimmtem Wert zu beloh-
nen. Münzverstärker können relativ einfach nach ver-
schiedenen Plänen und in jeder Situation verabreicht
werden, ohne daß ein Therapieprogramm dadurch gestört
würde. Der Patient kann sie sammeln und später, zu einem
geeigneteren Zeitpunkt, gegen einen beliebigen Verstär-
ker eintauschen. Auf diese Art und Weise ist es möglich,
eine sehr viel größere Vielfalt von Verstärkern bereit-
zustellen, die der individuellen Bedürfnisbefriedigung
eines Patienten entsprechen.

Doch auch bei der Münzverstärkung sind Sättigungseffekte
beobachtet worden, die ihre Effizienz schmälern (KUHLIN,
V., 1972). Sind zum Beispiel Eltern die Verteiler der
Münzen, müssen sie unter Umständen beaufsichtigt werden.

REID, J.B. und PATTERSON, G.R. (1973) haben zu Beginn
eines Therapieprogramms eine Münzökonomie, gekoppelt mit
sozialer Verstärkung, angewendet, um rascher gewünschte
Effekte zu erzielen. Am ersten Tag haben die Kinder sehr
viel verdient, doch leider vergaßen einige Eltern, ih-
nen die gewünschten Gegenstände dafür einzutauschen,
so daß der beabsichtigte Effekt ausblieb. Erst als das
Münzprogramm als Kontrakt niedergeschrieben und von al-

len Familienmitgliedern unterzeichnet wurde, war es für die Eltern handhabbar, und die Kinder lernten, daß die Eltern nicht nur kontrollierten, sondern auch in vorhersagbarer Weise reagierten.

Münzverstärker werden allgemein mit sozialen Verstärkern kombiniert verabreicht und auszublenden versucht, sobald das Zielverhalten eine bestimmte Häufigkeitsrate erreicht hat (PATTERSON, G.R., 1965 a; PERKINS, K.E., 1967; PATTERSON, G.R., LITTMANN, R.A.; BRICKER, W., 1967; WAHLER, R.G., 1967). Das gilt auch für andere materielle Verstärker, mit denen ein Interventionsprogramm begonnen wird. Der Münzökonomie vergleichbar ist z. B. die Arbeit mit K o n t r a k t e n , wobei in einem schriftlichen Vertrag ein bestimmtes erwünschtes Zielverhalten festgelegt und für sein Erreichen eine Belohnung ausgesetzt wird. Das Verfahren wird allerdings häufiger während des Schulunterrichts (HOMME, L., 1972) oder bei der Arbeit mit Jugendlichen als in der Familie eingesetzt (ALEXANDER, J.F., PARSONS, B.N., 1973; STUART, R.B., JARATINE, S., TRIPOD, T., 1973). Das Bemühen des Therapeuten geht immer dahin, materielle Verstärker in soziale Verstärker umzuwandeln und allmählich eine annähernd 'natürliche Situation' herzustellen. Endziel jeder Behandlung ist allerdings eine weitere Stabilisierung des erwünschten Verhaltens, so daß der Patient schließlich unabhängig von der Verstärkung durch den Therapeuten wird.

Es gibt eine Studie, die den Verlauf dieses Unabhängigkeitsprozesses sehr schön veranschaulicht (INGRAM, E.M., 1967). INGRAM war bemüht, die soziale Interaktion mit Gleichaltrigen bei einem vierjährigen Kindergartenkind zu fördern und versuchte, die Wirksamkeit seiner Behandlungsstrategie mit einem A B A B - Plan (s. S. 54) zu überprüfen, d. h. nach jeder Intervention wurde eine Reversionsphase eingelegt, so daß die Kontingenzen der Ausgangssituation, vor der Behandlung also, wieder wirk-

sam wurden.

Jede Interventionsphase verbesserte das Kontaktverhalten des Jungen, in jeder Reversionsphase ging es wieder zurück, jedoch in immer geringerem Ausmaß, bis die vierte Reversionsphase überhaupt keinen Verlust des neu gelernten Verhaltens mehr aufwies. Der Junge erreichte stufenweise, mit jeder Reversionsphase, in der keine Unterstützung durch den Therapeuten erfolgte, ein stabiles, von der Verstärkung des Therapeuten unabhängiges Verhalten.

Die Studie zeigt die Wirksamkeit positiver Verstärkung in sehr anschaulicher Weise: das Prinzip ermöglicht das Sammeln von Erfahrungen. Verhaltensweisen, die zum Erfolg führen, werden ausgewählt und beibehalten, so daß späteres Versuchs- und Irrtum-Verhalten ausbleiben kann. Lernprozesse bauen aufeinander auf und lassen das Lernen ökonomisch werden.

Als gegenläufig zur positiven Verstärkung sind diejenigen Prozesse zu sehen, mit denen versucht wird, bestehende Verhaltensweisen zu reduzieren oder zu löschen. In der Therapie ist der Einsatz von *aversiven* Konsequenzen oder Strafen kaum anzutreffen. Es wird in Fallstudien von Behandlungen berichtet, in denen minimale Elektroschocks angewandt wurden, um destruktives Verhalten bei Kindern zu unterbinden (BIRNBAUER, J.S., 1968, BUCHER, B., KING, L.W., FINNLEY, A.; 1970). LOVAAS, O.J., FREITAG, C., KINDER, U.J., RUBENSTEIN, B.D., SIMMONS, J.B., 1964, und TATE, B.G., BAROFF, G.S., 1966, haben mit Elektroschock selbstverletzendes Verhalten erfolgreich behandelt.

Ein Grund für die seltene Verwendung aversiver Konsequenzen - und das gilt auch für die von Eltern angewandten Strafen wie Schläge, auf den Boden knien lassen und ähnliches - ist zunächst die Erkenntnis, daß direkte Strafreize eine Verhaltensrate zwar deutlich senken, dies jedoch nur kurzzeitig und situationsabhängig, so daß nach Beendigung der aversiven Situation das Verhalten wieder stark ansteigt. Das Kind lernt, das unerwünschte

Verhalten bei Strafen sofort zu unterlassen, die Unterlassung hält aber nicht lange an. Es lernt auch, das Störverhalten wieder zu zeigen, wenn der betreffende Erzieher nicht anwesend ist.

Hinzu kommen negative Begleiterscheinungen. Strafe erzeugt Angst. Angst wiederum erzeugt Vermeidungsverhalten. Das häufig bestrafte Kind vermeidet den Kontakt mit seinen Eltern. Es reduziert sein Spontanverhalten und erscheint scheu und gehemmt. Das daraus resultierende Vermeidungsverhalten ist möglicherweise inadäquater als das zu eliminierende Verhalten. Lernverhalten und Aufmerksamkeit sind mit Angst unvereinbar. Bestrafungen haben außerdem zur Folge, daß der strafende Erzieher für das Kind zum Modell für aggressives Verhalten wird.

Um diese negativen Effekte zu vermeiden, wird zur Reduktion des Störverhaltens vielmehr darauf geachtet, Verstärker, die das negative Verhalten bislang aufrechterhalten haben, fortfallen zu lassen. Die wohl häufigste Vorgehensweise ist das **I g n o r i e r e n**. Das Störverhalten wird reduziert, wenn ihm keine Aufmerksamkeit mehr zukommt. Um effektiv zu sein, ist es wichtig, das Ignorieren kontingent auf die unerwünschte Reaktion folgen zu lassen.

Eine andere, in der verhaltenstherapeutischen Intervention oft verwandte Strategie, ist die sogenannte 'Auszeit' (im Englischen 'Time - Out') oder Methode des 'sozialen Ausschlusses'. Bei Auftreten des Störverhaltens wird das Kind aus einer positiv verstärkenden Situation, z. B. mit den Eltern beim Mittagessen sitzen, in ein Zimmer gebracht, das keine positiven Reize enthält und dort für wenige Minuten allein gelassen, in der Regel bis es ruhig wird. Wichtig ist, daß das Kind beim Ausführen des 'sozialen Ausschlusses' nicht durch zuviel Aufmerksamkeit bekräftigt wird. Die Aktion muß beiläufig durchgeführt werden. Ein wesentlicher Vorteil der Methoden des Ignorierens und der 'Auszeit' liegt für das

Kind in der Möglichkeit, das Störverhalten nicht eskalieren zu lassen. Dem Therapeuten oder Elternteil ist es auf diese Weise möglich, sich nicht zu engagieren oder hineinziehen zu lassen. Beide Partner können sich beruhigen und neue Verhaltensweisen überlegen. (Siehe dazu PATTERSONs Koerzitätshypothese, S. 38).

Über diese operanten Prinzipien hinaus ist in meiner eigenen Studie zur Verhaltenskorrektur das alte Erziehungsmittel des 'Tadel's' systematisch eingeführt worden, wobei der Tadel nicht als Strafe, sondern als Orientierungshilfe für das Kind aufgefaßt worden ist. Die Mütter sind instruiert worden, dem Kind direkt und in sachlichem Ton zu sagen, was ihnen am Verhalten des Kindes nicht gefällt, was nicht richtig ist. Dabei wurde darauf geachtet, Ironie, negative Kritik oder ein falsches Lächeln zu vermeiden, so daß dem Kind die beabsichtigte elterliche Unterstützung spürbar wurde. Es hat auf diesem Wege sehr konstruktive Hinweise für das eigene Verhalten bekommen. (Siehe Instruktionen für die Mutter, Anhang S. 261 - 276).

3. Andere in der verhaltenstherapeutischen Elternarbeit verwandte Behandlungsmethoden

Andere unterstützende Maßnahmen, von denen im verhaltenstherapeutischen Elterntraining Gebrauch gemacht wird, sind überwiegend auf die Selbstkontrolle von Eltern und Kindern ausgerichtet. Sie sind allein nicht ausreichend, erleichtern jedoch den Lernfortschritt.

Zur Selbstkontrolle für Kinder, die in einer kognitiven Leistungssituation stehen, schlagen MEICHENBAUM, D.W., und GOODMAN, J. (1971) ein Programm vor, das anregend für die vorliegende Untersuchung gewesen ist.

Ausgehend von Erfahrungen mit Prüfungsängstlichen, die durch quälende Gedanken und Selbstbewertungen daran ge-

hindert sind, ihre Aufmerksamkeit auf die Aufgaben selbst zu lenken, plante er eine Behandlung mit dem Ziel, den Patienten ihre eigenen Gedanken bewußt zu machen und sie dazu anzuleiten, inkompatible Selbstinstruktionen und inkompatibles Verhalten hervorzubringen, um die quälenden Gedanken auszuklammern. Seine Grundannahme ist, daß erst nach Bewußtmachung der selbstbehindernden Gedanken konstruktive Selbsturteile und Verhaltensweisen möglich sind.

Die quälenden Gedanken haben etwa folgende Inhalte:

1. sich Sorgen machen über das Ergebnis und darüber, wie die anderen abschneiden,
2. nachdenken über Alternativen,
3. Gedanken, den Anforderungen nicht genügen zu können; Vorwegnahme von Strafe, Verlust von Status und Ansehen,
4. erhöhte somatische Reaktionen.

Dabei werden zwei Komponenten unterschieden, eine kognitive (sich Sorgen machen) und eine emotionale (Anstieg der Angst), wobei angenommen wurde, daß sich die kognitive stärker auf die Leistung auswirkt, da das 'sich Sorgen machen' mehr Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt.

Zur Behandlung wurde eine Kombination folgender Verfahren vorgeschlagen: systematische Desensibilisierung, Modelllernen, Selbstinstruktion und sachliche Arbeit.

Das Training hat folgendermaßen ausgesehen:

1. Das Kind beobachtet ein Modell, das eine Aufgabe löst und den Lösungsprozeß laut sagt.
2. Das Kind führt dieselbe Aufgabe durch, wobei es den verbalen Instruktionen des Modells folgt.
3. Das Kind wird aufgefordert, bei der Durchführung der Aufgabe laut zu sprechen und dabei die Verbalisation des Modells annähernd nachzuahmen.

In der Endphase sollte dann das Kind verdeckte Selbstinstruktionen geben, um den Internalisierungsprozeß einzuleiten. Dabei ist wichtig, daß das Kind seine Selbstausagen nicht auf mechanische Weise sagt, sondern ihre Bedeutung internalisiert.

Das Training ist flexibel und kann individuell auf das einzelne Kind zugeschnitten werden.

MEICHENBAUM, D.H. et al. (1971) haben das Programm mit impulsiven Kindern durchgeführt, indem sie Selbstinstruktion und Modellernen kombinierten. Die Kinder übten an schulischen Aufgaben mit dem Ergebnis, daß Veränderungen im Intelligenztest und in anderen Leistungstests erzielt wurden, nicht aber im Allgemeinverhalten in der Schule.

In meiner eigenen Untersuchung hat das Selbstkontrolltraining, das ebenfalls von den Müttern durchgeführt worden ist, Schwierigkeiten bereitet. Es ist, abgesehen von einem einzigen Kind, nicht geglückt, die Kinder zu systematischen Selbstinstruktionen anzuhalten. Dazu bedarf es offenbar eines sehr viel intensiveren Trainings als dies in der vorliegenden Untersuchung möglich war, deren Schwerpunkt auf der Reduktion äußerer Verhaltensweisen, wie z. B. motorischer Unruhe lag, während das Selbstkontrollprogramm nebenbei durchgeführt wurde und vermutlich Mütter und Kinder überforderte. Der Ansatz, auch Kinder zur Selbstkontrolle anzuhalten, sollte jedoch weiterverfolgt werden. Es ist wichtig, die Kinder über die Selbstkontrolle auch zur Selbstverantwortlichkeit anzuhalten. Die Therapie ist vermutlich effektiver, wenn auch das Kind mit den Vorgehensweisen vertraut gemacht wird und selbst bemüht ist, sich zu ändern (s. S. 85)

Da in der verhaltenstherapeutischen Elternarbeit die Eltern als Therapeuten ihrer Kinder eingesetzt werden, werden sie in der Regel zunächst zur genauen Beobachtung angehalten. Sie bezieht sich sowohl auf das eigene Verhalten als auch auf das Verhalten des Kindes.

Aufmerksames Beobachten ist eine wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Intervention und reicht mitunter schon aus, um Verhaltensänderungen anzubahnen (LINDSLEY, O.R., 1966). Die Eltern lernen, ihre Kinder neu zu sehen und haben die Möglichkeit, von verhärteten Einstellungen und Erwartungen weg zu einem liebevolleren Umgang mit ihren Kindern zu kommen.

Für das Beobachtungstraining der Eltern hat sich die Verwendung von VIDEO-Aufzeichnungen als sehr hilfreich erwiesen, die es ermöglichen, den Eltern besonders auffällige Reaktionsweisen positiver und negativer Art wiederholt vorzuspielen und mit ihnen zu besprechen. Sie erhalten so eine sehr anschauliche Rückmeldung über ihr eigenes Verhalten.

Bestehen besondere Schwierigkeiten bei der Ausführung einer Instruktion, ist es äußerst hilfreich, wenn der Therapeut als Modell fungiert und den Eltern das gewünschte Verhalten vormacht. Die Eltern bekommen so Gelegenheit, ihn in der Zusammenarbeit mit dem Kind zu beobachten und später zu imitieren.

Dabei können, falls keine Einwegscheibe vorhanden ist und die direkte Beobachtung problematisch erscheint, wieder Filmaufnahmen zu Hilfe genommen werden, deren ebenso große Effizienz bereits mehrfach nachgewiesen worden ist (BANDURA, A. und WALTERS, R., 1963; BANDURA, A., ROSS, D.; ROSS, S.A., 1963).

(Über 'Modellernen' ist nachzulesen bei BANDURA, A., WALTER, S.R., 1963; KANFER, F.H., PHILLIPS, J.S., 1970; KRAIKER, Ch., 1974.)

Das Beobachten des Modells ist eine sehr gute Orientierungshilfe für die Eltern und wird von manchen Autoren für wichtiger erachtet als z. B. therapeutische Maßnahmen wie Kontrakte und Punktesysteme (SHAW, D., 1971).

In der vorliegenden Studie ist von der Möglichkeit leider nur in wenigen, besonders schwierigen Situationen

Gebrauch gemacht worden, in der Befürchtung, durch eine zu große Diskrepanz zwischen Eltern- und Therapeutenverhalten die Eltern zu entmutigen.

Die spätere Kritik der Eltern an dem Trainingsprogramm gibt diesem Vorgehen unrecht. Die Eltern erlebten die Modellsitzungen als äußerst hilfreich und hätten diese Art der Hilfestellung gerne häufiger erhalten, so daß es bei der Wiederholung dieses oder eines ähnlichen Programms angezeigt erscheint, regelmäßige Modellsitzungen einzuführen, eventuell bei jeder neuen Instruktion.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Die verhaltenstherapeutische Elternarbeit geht überwiegend von dem Prinzip des operanten Konditionierens aus. Den Eltern wird vermittelt, wie sie selbst ihre Reaktionen, d. h. die Konsequenzen auf das kindliche Verhalten ihrer Kinder direkt beeinflussen und modifizieren können.

Unter den Behandlungsmethoden ist die soziale Verstärkung das am häufigsten angewandte und effektivste Verfahren. Das gilt sowohl für den Zeitraum der eigentlichen Behandlung als auch darüber hinaus für die Interaktionen in der natürlichen Umwelt (BENJAMIN, L.G., SERDAHELY, W., GEPPERT, TH., 1971; PATTERSON, G.R., COBB, J.A., RAY, R.S., 1973).

Bei einem direkten Methodenvergleich hat sich das Modellverhalten des Therapeuten immer wieder als ein ganz ausgezeichnetes Verfahren erwiesen, um Eltern für die Behandlung vorzubereiten (JOHNSON, S.M.; BROWN, R.A., 1969; PANYAN, M.C.; PATTERSON, E.T., 1974). Von dieser Technik sollte mehr Gebrauch gemacht werden als bislang geschehen ist.

Der Therapeut verwendet in der Behandlung der Eltern die gleichen Strategien, die er ihnen für die Auseinan-

dersetzung mit ihren Kindern vermittelt. Er selbst nimmt nur indirekt, über die Eltern Einfluß auf das Kind.

Die Therapie ist wiederum am Verhalten der Eltern orientiert. Die Annahme, daß innerpsychische Vorgänge ihrem inadäquaten Erziehungsverhalten zugrunde liegen, wird nicht abgelehnt, spielt für das therapeutische Vorgehen jedoch keine Rolle.

4. Motivation und Einstellungen der Eltern

In dem zweiten Aufgabenbereich der verhaltenstherapeutischen Elternarbeit - mit der Frage nach Verstärkungsprozeduren, die das von den Eltern erwünschte Erziehverhalten unterstützen - ist bislang wenig systematisch gearbeitet worden. Von einzelnen Autoren werden nur Eindrücke wiedergegeben, die vermuten lassen, welche Variablen dazu beitragen, daß Eltern ihr eigenes Verhalten ändern und diese Änderungen beibehalten, oder auch, was sie überhaupt veranlaßt, kooperativ zu sein.

Angenommen wird, daß Eltern eher bereit sind, engagiert mitzuarbeiten,

1. wenn sie unter der Situation leiden, die durch das Störverhalten des Kindes entsteht und nicht mehr weiter wissen;
2. wenn sie Erfolge sehen, die offenbar durch Vorschläge des Therapeuten zustande gekommen sind.
3. Von Bedeutung scheint außerdem der Ausprägungsgrad der Störung zu sein. Je mehr das kindliche Störverhalten von der Norm abweicht, desto eher sind Eltern bereit, Ratschläge anzunehmen und ihr eigenes Verhalten darauf einzustellen. (Siehe dazu auch INNERHOFER, P., 1974.)

Unter der Annahme, daß auch die Bereitschaft zur Kooperation keine Selbstverständlichkeit ist und erst gelernt

werden muß, sind ein paar Versuche unternommen worden, gezielte Verstärkerprozeduren für kooperatives Verhalten der Eltern einzusetzen.

PEINE, H.A. und MUNRO, B.C. (1970) haben Eltern in Gruppen unterrichtet und geben an, bereits durch Einführen in die Theorie und die Vergabe von praktischen Aufgaben ein starkes Engagement erreicht zu haben.

Sie haben die Eltern außerdem durch ein Münzsystem zu motivieren versucht und sie für ihre Mitarbeit, wie z.B. die Ausführung von Aufgaben oder die Beteiligung am Unterricht belohnt. Für die Münzen konnte Geld eingetauscht werden, so daß einige aktive Eltern regelrecht dabei verdient haben.

Bei dem Vergleich zweier Gruppen, von denen eine bereits ab der ersten Sitzung für kooperatives Verhalten verstärkt worden war, die andere erst ab der zweiten Hälfte des Trainings, zeigte die erste allgemein eine wesentlich stärkere Beteiligung in den Sitzungen. Diese Eltern erschienen regelmäßig und pünktlich und erfüllten die ihnen gestellten Aufgaben sehr viel zuverlässiger als die Eltern der zweiten Gruppe.

In einer anderen Studie von EYBERG, S.M. und JOHNSON, S.M. (1974) ist ebenfalls versucht worden, die Motivation der Eltern durch positive Bekräftigung zu wecken und aufrechtzuerhalten. Die Verstärker für die Eltern wurden weitgehend aus der Therapiesituation selbst gewählt. Sie wurden bei guter Mitarbeit durch eine besonders lange 'Therapiezeit' und durch Telefonate mit dem Therapeuten belohnt. Zeigten sie eine hohe Selbstbeteiligung, bekamen sie außerdem einen Teil des gezahlten Therapiegeldes zurück. In dieser Studie waren die Eltern ebenfalls in zwei Gruppen eingeteilt worden, wobei für die eine ein Verstärkerprogramm für gute Mitarbeit geplant war, für die andere nicht.

Es ergab sich, daß die kontingent verstärkten Eltern die von ihnen geforderten Beobachtungsdaten sehr viel selbständiger erhoben als die Eltern der Kontrollgruppe.

Von den Mitarbeitern des Projektes wurden sie als wesentlich kooperativer beurteilt.

Außerdem wurde festgestellt, daß die nicht an dem Verstärkerprogramm beteiligten Eltern mehr Zeit bis zum Abschluß des Trainings benötigten; sie verbummelten Termine, die nachgeholt werden mußten und brauchten für die Behandlung einzelner Probleme sehr viel mehr Zeit, da sie den gegebenen Aufforderungen nur teilweise nachkamen, so daß mit diesen Eltern insgesamt weniger Störbereiche der Kinder bearbeitet werden konnten. Ein deutlicher Einfluß der elterlichen Motivation auf den Therapieerfolg konnte jedoch nicht nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse der EYBERG-Studie überraschen, doch bedarf es weiterer Untersuchungen zur Kooperationsbereitschaft der Eltern und auch der Kinder, um zu allgemeinen Aussagen zu kommen.

In der vorliegenden Untersuchung ist versucht worden, die Motivation zur Mitarbeit durch den Aufbau einer möglichst partnerschaftlichen Beziehung zwischen Eltern und Therapeut zu erreichen. Dabei ist z. B. darauf geachtet worden, die einzelnen Interventionsschritte möglichst transparent zu halten, d. h. immer wieder Teilziele zu besprechen und zu begründen. Die Mütter, mit denen hier überwiegend allein gearbeitet wurde, sind wiederholt zur Abgabe eigener Vorschläge aufgefordert worden. Andererseits hat der Therapeut mitunter auch Unsicherheit bezüglich seiner eigenen Überlegungen angemeldet und darauf hingewiesen, daß manche Verhaltensanweisungen zunächst gemeinsam auf ihre Effektivität hin überprüft werden müßten.

Während des gesamten Trainings ist die Kooperationsbereitschaft der Eltern allerdings nie zu einem ernsthaften Problem geworden. Lediglich während der Verhaltensbeobachtung vor der Intervention ist eine Mutter aus dem Programm ausgeschieden. Alle anderen Eltern haben bis zum Schluß sehr gut mitgearbeitet.

Es schien, als sei es durch Ehrlichkeit und Direktheit des Therapeuten gelungen, bei den Eltern eine gute Ver-

trauensbasis zu schaffen, die für den Verlauf der Behandlung ebenso entscheidend ist wie das formale Training selbst.

Ein ebenfalls im Rahmen der Elternarbeit bislang vernachlässigtes, aber wichtiges Gebiet ist die Erfassung von **E i n s t e l l u n g e n** während einer therapeutischen Intervention. Erst in letzter Zeit haben sich einige wenige Studien mit Fragen befaßt wie: ändern sich Einstellungen durch die therapeutische Einflußnahme? Sehen Eltern ihr Kind positiver, wenn sie lernen, es anders zu sehen? Ändert sich ihre Einstellung der Behandlung gegenüber, wenn sie erste Veränderungen bemerken und Vertrauen zu dem Therapeuten gefunden haben?

EYBERG, S.M. et al. (1974) haben in schon erwähnter breit angelegter Interventionsstudie unter anderem die Einstellung der Eltern dem Kind gegenüber erfaßt und eine sehr positive Einstellungsänderung nach Abschluß der Behandlung festgestellt, obwohl im Zielverhalten der Kinder durch die Untersucher keine bedeutsamen Veränderungen beobachtet worden sind.

Auch die Einstellung der Eltern gegenüber der Intervention ist positiv gewesen. Sie waren mit der Behandlung zufrieden und sahen bei ihren Kindern sehr viel häufiger Veränderungen in gewünschter Richtung als die Therapeuten selbst.

Die Ergebnisse meiner eigenen Untersuchung bestätigen diese Befunde und können erfreulicherweise gleichzeitig auch positive Veränderungen im Verhalten von Mutter und Kind nachweisen.

Die genannten Ergebnisse sind interessant und sollten weiter verfolgt werden, denn Einstellungsänderungen sind, wie von anderen therapeutischen Schulen angenommen wird (s. S. 5) 'entscheidende Wegbereiter für Veränderungen des Verhaltens und können therapeutisch gezielt genutzt werden.

Auch Variablen wie Motivation und Kooperationsbereitschaft der Eltern sollten systematisch untersucht werden, denn dabei handelt es sich um Prozesse, die für das Gelingen einer Behandlung von äußerster Wichtigkeit sind.

5. Die Analyse der Interaktion zwischen Eltern und Kind im Hinblick auf die Interventionsplanung

Ebenfalls bislang wenig systematisch untersucht und für den therapeutischen Eingriff genutzt worden ist das **I n t e r a k t i o n s g e s c h e h e n** zwischen Eltern und Kindern.

Eine sorgfältige Interaktionsanalyse könnte helfen, den zwischen den Partnern ablaufenden Beziehungsprozeß aufzudecken und seine gesunden und gestörten Anteile klarzustellen. Aus einer solchen Untersuchung sind sehr viel umfassendere Hinweise für die Intervention zu erwarten als das Konditionierungsmodell sie bereitstellt. Allerdings sind die bislang hierzu vorliegenden Untersuchungen wenig zufriedenstellend.

In den fünfziger und sechziger Jahren sind einige verhaltenstheoretisch orientierte Studien zur Analyse von Eltern-Kind-Beziehungen unter einem rein diagnostischen Gesichtspunkt durchgeführt worden, der dann später, vermutlich mit dem zunehmenden Interesse an Interventionsuntersuchungen, weitgehend außer acht gelassen wurde.

In diesen älteren Untersuchungen ging das Bemühen dahin, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen der Eltern mit bestimmten Störungen der Kinder in Beziehung zu setzen oder Einstellungen der Eltern mit dem konkret von ihnen gezeigten Verhalten zu vergleichen.

(BECKER, W.C., PETERSON, D.R., HELLMER, C.A., SHOEMAKER, D.J., QUAY, H.C., 1959; BECKER, W.C., KRUG, R.S., 1965; MANNINO, F.K., KISIELEWSKI, J., KIMBRO, E.L.J.,

MORGENSTERN, B., 1968; PETERSON, D.R., BECKER, W.C., SHOEMAKER, D.J., HELLMER, C.A., 1961; PUMROY, D.K., 1966; SCHAEFER, E.S., BELL, R.Q., 1958; SHOBEN, J.R., 1949; YARROW, M.R., CAMPBELL, J.D., BURTON, R.V., 1968.)

Ausgehend von überwiegend psychoanalytischen Erkenntnissen sollte mit Hilfe von Interviews und Fragebogen eine Zuordnung bestimmter Eltern-"Typen" zu Syndromen kindlicher Störverhaltensweisen vorgenommen werden. Die Untersuchungen sind jedoch ohne zufriedenstellende Ergebnisse geblieben. Es war nicht möglich, unter Verwendung von Fragebögen unabhängig beurteiltes Kindverhalten richtig vorauszusagen.

Der Grund liegt vermutlich darin, daß Störverhaltensweisen durch eine Vielzahl sich gegenseitig bedingender Faktoren entstehen, deren komplexe Wirkungsweise auf dem hier eingeschlagenen Weg der Fragebogenmethode schwer zu erfassen ist.

Ebenfalls noch in der Tradition des Zuordnungsversuches von Eltern- und Kindstrukturen steht eine spätere Studie von R.P. JONES und G.R. PATTERSON (1971), die auf Verhaltensbeobachtungsdaten basiert. Aus Mutter-Kind-Beobachtungen mit dem Kategoriensystem von G.R. PATTERSON (s. Anhang S.255) erstellten die Autoren je ein Verhaltensprofil für die Mutter und eins für ihre Söhne.

Auch in dieser Untersuchung wurden keine systematischen Zusammenhänge zwischen dem Verhalten von Müttern und Kindern gefunden. Selbst die gezielte Analyse einzelner Fragestellungen führte zu keinem eindeutigen Ergebnis. Es konnte z. B. weder bestätigt werden, daß aggressive Kinder mit einengenden und bestrafenden Müttern assoziiert waren, noch, daß überfürsorgliche Mütter unselbständige, abhängige Kinder haben u. ä..

Um zu eindeutigen Aussagen darüber zu kommen, wie Menschen das Verhalten anderer Menschen formen, bzw. wie Mütter das Verhalten ihrer Kinder beeinflussen, halten

JONES und PATTERSON selbst es für notwendig, nach einem völlig neuen Konzept zu suchen.

Wichtig scheint zunächst einmal, sich von dem erwähnten Klassifikationsansatz zu trennen und die weitere Forschung offener zu planen. Erfrischend klingt in diesem Zusammenhang die Überlegung D. SHAW'S: "Since it is clear, that children are not deviant most of the time it is especially important to attend to specific deviant behaviors and the factors which maintain them rather than being misled by statistical global labels and diagnoses." (1971)

Der Hysteriker verhält sich nicht immer hysterisch, und der Depressive läßt seine Stimmung sinken, wenn ihm etwas in die Quere kommt, aber er ist nicht immer depressiv, sondern ist zu anderen Zeiten imstande, eine ganze Gruppe von Personen aufzuheitern. S i t u a t i o n e n und B e z u g s p e r s o n e n spielen eine wichtige Rolle.

Einige Untersuchungen sind nach diesem Konzept durchgeführt worden. MOUSTAKAS, C.E. und SCHMALLOCK, H.D. (1955) haben z. B. keinen bedeutsamen Unterschied im Interaktionsmuster zwischen Kindern mit emotionalen Schwierigkeiten und Kindern ohne besondere Auffälligkeiten gefunden. Festgestellt wurde lediglich, daß die "Gesunden" sehr viel häufiger spontan verbale Interaktionen einleiteten als die auffälligen Kinder, die zurückgezogen und für sich blieben, solange sie nicht direkt zur Interaktion aufgefordert wurden.

In einer Laborstudie stellten FERREIRA, A. und WINTER, W. (1968) ergänzend hierzu fest, daß in Familien mit g e s t ö r t e n Kindern weniger Interaktionen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern stattfanden als in anderen Familien. Sie verbrachten mehr Zeit schweigsam miteinander.

MACKENZIE, M. (1968) und SCHUMANN, R.E., SHOEMAKER, D.J., MOELIS, J. (1962) beobachteten in "normalen" Familien mehr freundliches Verhalten im Umgang miteinander als in

Familien mit Problemkindern, in denen sehr viel mehr Feindseligkeit vorherrschte. Zusätzlich fiel bei den Müttern der Problemkinder eine aggressive Dominanz auf, während die Mütter der "normalen" Kinder eher freundlich dominierten. KOGAN, K.L. und WIMBERGER, H.C. (1971) beobachteten weiter, daß die "normalen" Mütter ihren Kindern klare Anweisungen gaben und ihnen sagten, was sie tun sollten, während die Mütter der Problemkinder diesen häufig widersprachen, ihnen sagten, was sie nicht tun sollten und sie korrigierten.

Auf Grund dieser Untersuchungen finden in "gesunden" Familien mehr Interaktionen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern statt; sie gehen freundlicher miteinander um, und die Eltern sind klarer und weniger negativ in ihrem Erziehverhalten.

Aussagen dieser Art geben interessante allgemeine Informationen, sind für eine Interventionsplanung jedoch immer noch zu global. Bei Interaktionsanalysen von Eltern und Kind, die zur Therapieplanung verwandt werden sollen, muß nach den relevanten Verhaltensweisen und Bedingungen gesucht werden, die bestimmte Interaktionsformen auslösen und aufrechterhalten. Um helfen zu können, benötigt der Therapeut Einzelinformationen und muß spezifische Verhaltensweisen seines Patienten herausfinden und Bedingungen erkennen, die das Reaktionsmuster des jeweiligen Partners begünstigen. Ein solches Vorgehen führt von der "Eigenschafts-" oder "Merkmalsebene" weg zur Verhaltensebene und von einer statischen Betrachtung der Persönlichkeit zu einer dynamischen.

Der Schritt ist notwendig; denn nur, wenn der Therapeut eine solche Betrachtungsweise einnimmt und an mögliche Veränderungen seines Patienten glaubt, ist er imstande, ihm zu helfen und wiederum nur dann hat der Patient eine Chance, sich zu ändern.

Inzwischen gibt es eine ganze Reihe von Studien, die versucht haben, den soeben beschriebenen Weg einzuschla-

gen, wobei sich für das methodische Vorgehen bei der Durchführung einer *V e r h a l t e n s a n a l y s e* die *V e r h a l t e n s b e o b a c h t u n g* als das günstigste Verfahren erwiesen hat (MERRIL, B., 1946; MOSS, H.A., 1965; ZEGIOB, L., FOREHAND, R., 1978). Mit ihrer Hilfe ist es zumindest möglich, äußeres Verhalten, das der Beobachtung relativ leicht zugänglich ist, in seinen Einzelheiten genau zu erfassen. Sehr viel schwieriger ist die Beobachtung innerer Prozesse, z. B. emotionaler Reaktionen. Ein "perceptiver" Beobachter ist auch dazu imstande, jedoch bedarf es sehr viel diagnostischer und therapeutischer Erfahrung, um relevante Ereignisse dieser Art sofort zu sehen, wenn sie auftreten, abgesehen von den dabei entstehenden Quantifizierungsschwierigkeiten. Die Beobachtung in der Verhaltenstherapie ist daher auf äußerliche Zeichen beschränkt, rein "intuitiv" erfassbares Verhalten wird nicht einbezogen, zumindest nicht explizit, so daß zugunsten der Exaktheit von Meßwerten unter Umständen ganz wesentliche Elemente eines Verhaltensprozesses verloren gehen.

Bei einer für die Interventionsplanung notwendigen Analyse des Eltern-Kind-Verhaltens kann die Verhaltensformel nach F.H. KANFER (s. S. 13) als Orientierungshilfe verwendet werden. Von Bedeutung sind vor allem die drei letzten Glieder: Welche Reaktionsweisen zeigt ein Kind (R)? Welche Kontingenzverhältnisse bestehen in seiner Umwelt (KC)? Welche Konsequenzen erfolgen auf sein Verhalten (K)?, da in der Regel versucht wird, eine Veränderung von kindlichen Verhaltensweisen durch die Kontrolle der darauf folgenden Konsequenzen zu erreichen. Dies geschieht aus pragmatischen Gründen. In den meisten Fällen ist es einfacher, *R e a k t i o n e n* und darauf *f o l g e n d e K o n s e q u e n z e n* zu analysieren und zu steuern als die *S t i m u l u s - s i t u a t i o n* sicher zu erfassen und zu ändern. Mit sind nur zwei Fallberichte bekannt, in denen nachträglich versucht worden ist, auslösende Reize für das Stör-

verhalten aggressiver Jungen zu ermitteln (PATTERSON, G.R., 1973; PATTERSON, G.R., 1974).

MOUSTAKAS, C.E., SIGEL, J.E., SCHMALOCK, H.D. (1956) schlagen in dem von ihnen entwickelten Beobachtungssystem zur Mutter-Kind-Beobachtung eine Reihe von Stimulus-Kategorien vor, d. h. Verhaltensweisen, von denen erwartet wird, daß sie ein bestimmtes Verhalten beim Partner auslösen (Hilfe geben, Informationen weitergeben, Verbote, Lenken). Das System ist aber anscheinend nie in größerem Rahmen angewendet worden.

In dem von D. SCHULTE (1976) vorgeschlagenen Beobachtungsschema, das eingeteilt wird in interaktionsfreie Codes und Interaktionscodes sind ebenfalls Kategorien enthalten (Auffordern, Hilfe suchen, Ablenken), mit denen Aufforderungen an den Interaktionspartner angesprochen werden. Das Schema hat sich in der praktischen Anwendung jedoch nicht als sehr günstig erwiesen, weil seine Kategorien vor allem für das Kindverhalten sehr grob sind.

Die ersten, in der Literatur beschriebenen Verhaltensanalysen dieser Art sind einfach und bestehen in der Regel aus ein oder zwei Verhaltenskategorien für Mutter und Kind, die während der Interaktionsbeobachtungen systematisch aufgezeichnet werden. Bei diesen einfachen Beobachtungssystemen werden immer die Eltern als die steuernde Instanz gesehen. Sie bestimmen durch ihr Verhalten die Reaktionsweisen des Kindes. An mögliche Wechselwirkungen wird nicht gedacht.

In dem folgenden Konditionierungsversuch von G.R. PATTERSON, R.A. LITTMAN, W.C. HINSEY (1964a) sind z. B. "Lob der Eltern" und "Reaktion des Kindes" die einzigen Verhaltensweisen, die registriert worden sind.

In der Untersuchung an 53 Eltern-Kind-Paaren werfen die Kinder während des Vortests Murmeln in eine Schachtel mit zwei Löchern, rechts und links angeordnet (hergestellt nach GEWIRTZ, J.L. u. BAER, D.M., 1968). Nach-

dem im ersten Durchgang die Vorzugswahl der Kinder festgestellt worden war, werden sie in der nächsten Phase des Experiments durch einen Elternteil vermehrt für einen Wurf in das vorher seltener gewählte Loch mit Lob verstärkt.

Das Lob der Eltern führte zu bedeutsamen Veränderungen in den Präferenzen der Kinder.

Eine Wiederholung des Versuchs (PATTERSON, G.R., HINSEY, C., 1964b), bei dem der Therapeut die Rolle der Eltern übernahm, bestätigte die Ergebnisse: durch systematische Verstärkung von seiten der Bezugspersonen ist es möglich, die Auftretenswahrscheinlichkeit einer kindlichen Verhaltensweise, entgegen vorheriger Gewohnheiten zu verändern. Der Vorgang ist mit einem sehr einfachen Beobachtungssystem erfaßt worden.

WAHLER, R.G., WINKEL, P.H., PETERSON, R.F., MORRISON, D.C. (1965) konnten in drei Fällen nachweisen, daß das Sozialverhalten der Mutter, vor allem ihre *A u f - m e r k s a m k e i t*, als effektiver sozialer Verstärker funktioniert. Es gelang ihnen, mütterliche Reaktionen auf das Verhalten der Kinder systematisch zu modifizieren und gleichzeitig eindeutige Veränderungen im Kindverhalten aufzuzeigen. Ziel ihrer Intervention war gewesen, die Aufmerksamkeitsreaktionen der Mutter für kooperative Verhaltensweisen des Kindes zu erhöhen und ihr beizubringen, das Störverhalten weitgehend zu ignorieren. Dazu sind von den Autoren drei Verhaltensklassen zusammengestellt worden, zwei Verhaltenskategorien der Kinder: a) deviantes Verhalten (Unaufmerksamkeit, Nicht-Befolgen von Aufforderungen, Schlagen) und b) kooperatives Verhalten und eine Verhaltenskategorie der Mutter: Aufmerksamkeit dem Kind gegenüber.

Das Beobachtungssystem ist einfach. Mutter- und Kindverhalten werden getrennt registriert.

Der Vorteil eines so groben Systems liegt in der Möglichkeit, es bei einer Vielzahl von Fällen anwenden zu

können, wobei die allgemeinen Kategorien im Einzelfall durch spezifische Verhaltensweisen operationalisiert werden müssen.

G.R. WAHLER (1969) hat bei einer späteren Interventionsstudie an Kindern mit massiven Trotzreaktionen die Anzahl der beobachteten Verhaltensweisen erweitert. Dabei ist wiederum versucht worden, kooperatives und Trotzverhalten des Kindes: Aufforderungen und Bitten der Eltern werden befolgt oder nicht befolgt - durch die Aufmerksamkeit der Eltern: Verhalten, das die Kinder klar mit einbezieht, verbal, physisch und im Spiel - zu steuern. Zusätzlich wurde jede spontane soziale Annäherung des Kindes mit Zuwendung von seiten der Eltern bedacht.

Beide Interventionsversuche des Autors sind erfolgreich verlaufen und wegen der Klarheit und Sorgfalt in der Behandlung und Kontrolle sehr erfreulich. Allerdings wurde hier noch keine Interaktionsbeobachtung durchgeführt. Auf Z u s a m m e n h ä n g e zwischen Eltern- und Kindverhalten wird indirekt rückgeschlossen. In den meisten Untersuchungen ist auf diese oder ähnliche Art vorgegangen worden, wobei durchaus sehr nützliche Ergebnisse erzielt worden sind.

Interaktionsbeobachtungen bereiten besondere Schwierigkeiten. In der Literatur zur Elternarbeit liegen daher auch nur wenige, wirkliche Interaktionsanalysen vor. Viele Untersucher haben sich darauf beschränkt, nur das K i n d verhalten zu kontrollieren. In einigen wenigen Fällen ist auch das E l t e r n verhalten überprüft worden.

Interaktionsbeobachtungen erfordern die Herstellung von Sequenzen, die immer nur interpretativ erfolgen kann. Für den Beobachter ist es z. B. sehr schwer abzuschätzen, ob eine geäußerte Reaktion auf einen bestimmten Reiz erfolgt ist oder nicht auf einen anderen, der vor drei Minuten aufgetreten war oder einen, der einen halben Tag oder länger zurückliegt.

PATTERSON, G.R. (1974) stellte z. B. bei der Untersuchung an verhaltensgestörten Jungen fest, daß ihr aggressives Verhalten in Schüben auftrat. Eine aggressive Reaktion erfolgte ganz kurz auf die andere, dann wieder folgte ein längeres, ruhiges Intervall. Auslöser ließen sich am häufigsten etwa sechs Sekunden vor dem Ausbruch des aggressiven Verhaltens nachweisen.

In meiner eigenen Untersuchung, in der Verhalten von Mutter und Kind parallel, nicht als Interaktion beobachtet worden sind, hat die Analyse der Einzelprotokolle einige eindeutige zeitliche Verzögerungen in den Reaktionen der Kinder auf bestimmte mütterliche Verhaltensweisen ergeben. Es konnte z. B. durchgehend beobachtet werden, daß Kinder auf negative Kritik der Mutter etwa eine Minute verzögert reagierten, meistens mit motorischer Unruhe.

Eine der wenigen direkten Interaktionsanalysen, auf die etwas näher eingegangen werden soll, ist von G.R. PATTERSON und seinen Mitarbeitern durchgeführt worden. Sie haben ein Beobachtungsschema entwickelt (s. Anhang S. 255), das von den Autoren selbst wiederholt angewandt und von einer Reihe anderer Untersucher weiterbenutzt worden ist.

Mit einem umfassenden Kategoriesystem (s. S. 255, Anhang, JONES, R.R., PATTERSON, G.R., 1971) haben die Untersucher in zehn Beobachtungssitzungen Interaktionen zwischen dem Problemkind und allen seinen Familienangehörigen direkt festgehalten.

Sie führten die Beobachtungen in der Familie selbst durch, später auch die Intervention und wählten dafür Tageszeiten, in denen jeder der Familienmitglieder anwesend war, in der Regel während der Abendmahlzeit. Problemkind, Mutter, Vater und Geschwister wurden je fünf Minuten lang im Rotationsverfahren beobachtet. Die Beobachtung erfolgte in 6-Sekunden-Intervallen. Alle 6 Sekunden wurde eine neue Verhaltensweise der Zielperson notiert und ein darauf folgendes Verhalten eines anderen Familienmitgliedes.

Für die Studie ausgewählt worden waren Familien, in denen wenigstens ein Junge durch stark aggressives Verhalten aufgefallen war.

Die genauere Analyse einer großen Anzahl dieser aggressiven Kinder ergab zwei Verhaltensklassen: 1. "soziale Aggression": Schlagen und Ärgern, wovon meistens die Geschwister betroffen waren und 2. "Feindseligkeit": Schreien, Weinen, Nicht-Übereinstimmen.

An Hand einer Vielzahl solcher Familienbeobachtungen entdeckten sie immer wiederkehrende gestörte Interaktionen und zeigten einen Wechselwirkungsprozeß zwischen Eltern und Kind auf, den sie als verantwortlich für Erwerb und Aufrechterhaltung vieler kindlicher Verhaltensstörungen ansehen. Sie nannten ihn "Coercion"-Hypothese (PATTERSON, G.R., 1973): Die Autoren gingen von der Annahme aus, daß befriedigende soziale Interaktionen durch gegenseitige Verstärkung gekennzeichnet sind. Zwei Partner verstärken sich mit etwa gleichem Anteil positiv und erhalten dadurch ihr Interaktionsverhalten aufrecht. Diese Balance geht verloren, sobald einer der Partner das Verhalten des anderen durch aversive Stimuli kontrolliert und seinerseits durch den anderen hierfür verstärkt wird. Die Interaktion wird unangenehm "koerziv".

Ein Problemkind z. B. wird für sein Störverhalten - ständiges Bedrängen der Mutter, einen Wunsch durchzusetzen - durch Aufmerksamkeit, Nachgeben, Lachen der Mutter verstärkt. Die Mutter ihrerseits wird negativ verstärkt, da sie den aversiven Stimulus, den das Kind für sie bereitstellt, aus dem Wege räumt. Sie gibt nach. Das Kind ist zufrieden und läßt sie in Ruhe.

Auf diese Weise werden das deviante Verhalten des Kindes und die inadäquate Reaktionsweise der Mutter aufrechterhalten, denn beide, Mutter und Kind werden für ihr Verhalten verstärkt.

Bei diesem sich w e c h s e l s e i t i g aufschaukelnden Prozeß können natürlich auch die Eltern die Ini-

tiatoren sein, indem sie aversive Stimuli bereitstellen, wie z. B. Schelte und Schläge. Die Kinder reagieren mit Störverhalten, das dann wiederum bestraft wird. Der beschriebene Prozeß tritt ein, wenn der Initiator des Geschehens sich weigert, sofort nachzugeben und den vorangegangenen aversiven Stimulus zurückzunehmen. Beide Partner präsentieren dann mehr und mehr aversive Stimuli, bis der eine oder andere nachgibt. Eltern können den koerziven Prozeß natürlich vermeiden, indem sie sich gar nicht erst hineinziehen lassen. "Kompetente" Eltern verstärken ihr Kind, wenn es auf Enttäuschungen konstruktiv reagiert. Sie sind eher imstande, Störverhalten zu ignorieren oder in angemessener Weise zu bestrafen und dem Kind so zu vermitteln, daß seine Art zu reagieren unangemessen ist.

D.A. SHAW (1971) ist diesen Überlegungen etwas genauer nachgegangen. Unter der Annahme, daß die Rate des abweichenden kindlichen Verhaltens eine Funktion des relativen Ausmaßes positiver und strafender Konsequenzen ist, untersuchte er die Konsequenzen, die das Problemkind von Mutter, Vater und Geschwistern auf Grund seiner erwünschten und seiner unerwünschten Verhaltensweisen erfährt.

Für seine Interaktionsanalyse verwandte er ebenfalls das Categoriesystem nach PATTERSON und wählte von 68 Kindern die 10 mit der höchsten Störverhaltensrate und die 10 mit der niedrigsten aus.

Ein Vergleich der Gruppen ergab: beide zeigten mehr positive als negative Verhaltensweisen. Sie unterschieden sich bedeutsam in der Rate des Störverhaltens, nicht des positiven Sozialverhaltens und auch nicht in der Häufigkeit positiver Reaktionen, die sie darauf erhielten. -

Bezüglich des Störverhaltens stellte SHAW fest, daß die Jungengruppe mit der sehr hohen Rate devianten Verhaltens mehr positive Konsequenzen und weniger negative auf ihr Störverhalten erfahren hat als die Gruppe der "braven" Jungen, die mehr negative Reaktionen auf ihr Störverhalten erhielten.

Damit fand SHAW seine anfängliche Annahme bestätigt: die Rate sozialer und devianter Verhaltensweisen entspricht dem Muster ihrer Konsequenzen.

Darüber hinaus stellt das Ergebnis dieser Untersuchung in sehr einfacher Weise einen Tatbestand klar, bezüglich dessen bei dem heterogenen Durcheinander an Erziehungsregeln, die durch Massenmedien an Eltern herangetragen wurden, häufig mehr Verwirrung gestiftet als Hilfe gegeben worden ist, z. B. wenn Eltern zur sogenannten "anti-autoritären Erziehung" aufgefordert wurden. In der Erziehung sind negative Kritik oder auch bestimmte Formen von Strafen hilfreich und für das Kind als Orientierungshilfe notwendig. Kinder können ein bestimmtes Ausmaß an negativen Konsequenzen durchaus hinnehmen, wenn sie sich gleichzeitig von ihren Eltern angenommen und unterstützt fühlen.

Meine eigene Studie bestätigt diesen Befund (s. S.195). Darüber hinaus gibt es Untersuchungen aus anderen Bereichen, die zu ähnlichen Ergebnissen kommen. KATOUSKY, W., CRANDALL, N.C., GODD, S. (1967) z. B. setzten die Leistungsmotivation von Kindern in bezug zu elterlichen Erziehungshaltungen und fanden u. a., daß Unterstützung und Hilfe von seiten der Mütter die Söhne darin bestärkten, ihre guten intellektuellen Leistungen sich selbst zuzusprechen und gleichzeitig ihre Bereitschaft erhöhten, bei Störverhaltensweisen Kritik und Tadel der Mütter anzunehmen.

Z u s a m m e n f a s s u n g

Im verhaltenstherapeutischen Elterntaining ist der Therapeut bemüht, durch Veränderung des elterlichen Verhaltens eine Änderung im Verhalten des Kindes zu erreichen.

Für die Interventionsplanung ist eine genaue Analyse der Eltern-Kind-Interaktionen erforderlich, die ausgehend

von dem Modell des operanten Konditionierens ihren Schwerpunkt in der Erfassung des relevanten kindlichen Störverhaltens und den darauf folgenden elterlichen Konsequenzen hat. Denkbar ist eine Erweiterung des Modells durch umfassende Interaktionsanalyse von Kindern mit verschiedenen Störverhaltensweisen und ihren Eltern. Als Methode hat sich die Verhaltensbeobachtung als am günstigsten erwiesen. Die bislang entwickelten Beobachtungssysteme sind einfach und häufig auf wenige Verhaltensweisen bei Eltern und Kind beschränkt. Meistens werden Eltern- und Kinderverhalten getrennt erfaßt; eigentliche Interaktionsbeobachtungen sind selten.

Mit dieser einfachen Verhaltensanalyse sind inzwischen über Jahre Erfahrungen gesammelt worden. Sie haben zum Verständnis der Bedingungen beigetragen, die bestimmte Reaktionsmuster begünstigen, z. B. aggressives Verhalten, Wutanfälle, Ungehorsam in Eltern-Kind-Interaktionen (PATTERSON, G.R., COBB, J.A., RAY, R.S., 1973).

Erkenntnisse über viele andere psychopathologische Entwicklungen fehlen ganz. Bei der Analyse des Verhaltensinhalts stützt sich der Kliniker daher nach wie vor auf die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie und auf seine eigenen Erfahrungen. Der Beitrag der verhaltenstheoretischen Modelle in der klinischen Psychologie besteht weniger in der Herausarbeitung wichtiger Verhaltensinhalte als in der Entwicklung besonderer Methoden zur Analyse und Behandlung. Fraglich bleibt allerdings, ob das vollständige Verständnis menschlichen Verhaltens oder eine genaue Vorhersage aller Funktionen eines Menschen notwendig ist, um therapeutisch effektiv arbeiten zu können. Ein Analyseverfahren ist vor allem dann gut, wenn es für die Intervention hilfreich und praktisch verwendbar ist.

6. Verhaltensbeobachtungsmethoden im Elternt raining

Bei der Durchführung von Verhaltensanalysen hat sich, wie schon erwähnt, die **V e r h a l t e n s b e o b - a c h t u n g** als geeignete Methode erwiesen (s. S. 33). Auch zur Verlaufs- und Erfolgskontrolle von Elternt rainingsprogrammen werden direkte Verhaltensbeobachtungen durchgeführt.

Allgemein besteht der Trend, den **V e r l a u f** der Intervention zu untersuchen, statt Ergebnisstudien durchzuführen, und Veränderungen bei den Patienten festzuhalten, statt sie bei Abschluß der Behandlung als "geheilt" oder "nicht-geheilt" zu klassifizieren. Diese Vorgehensweise liefert mehr an relevanten und spezifischen Informationen.

Der Therapieverlauf ist ein Prozeß, der bei guter Zusammenarbeit von Therapeut und Patient zu fortschreitenden positiven Veränderungen führt, jedoch nie zu einer "Heilung". Selbst jeder relativ "gesunde" oder "stabilisierte" Patient wird niemals ohne Konflikte sein. Er kann sich immer noch verbessern oder sein Verhaltensrepertoire erweitern (s. dazu auch die Besprechung der eigenen Ergebnisse, S. 213 - 221).

Die Veränderungsmessung ermöglicht es, ein ganz individuelles Maß für jeden einzelnen zu erheben, das seinen augenblicklichen Zustand kennzeichnet und ihm den Standort bezüglich seiner therapeutischen Zielsetzung veranschaulicht.

Für eine saubere Durchführung der Veränderungsmessung ist die operationale Definition der Therapievariablen und Therapieziele erforderlich.

Die Ziele werden in der therapeutischen Beeinflussungssituation durch zwei Instanzen bestimmt, 1. die Patienten; bei einem Elternt raining die Eltern oder das Kind und 2. den Therapeuten.

Um positive Veränderungen zu erzielen, müssen beide Parteien sich über die Ziele einig werden. Meistens finden

Absprachen darüber während der ersten Kontakte zwischen Therapeut und Patient statt und werden vor allem bei lange andauernden Behandlungen immer wieder aufgegriffen, wenn nach Erreichen eines Zieles sich neue Zielsetzungen ergeben oder schon vorher Änderungen notwendig sind.

Schwierigkeiten bereitet die Zielbestimmung besonders bei der Arbeit mit Unterprivilegierten, die häufig durch extreme äußere Bedingungen so bedroht sind, daß für sie ganz andere Ziele und auch andere Interventionsstrategien erforderlich werden als bei den Mittelschichtspatienten. Bei ihnen sind sehr gründliche Vorstudien und sorgfältige Hilfestellungen notwendig, um Veränderungen zu setzen. Solche Untersuchungen sind bislang selten. Ein positives Beispiel ist das Programm von REID, J.B. und PATTERSON, G.R. (1973) für Familien mit Stehlern (s. S. 75).

In der Literatur wird zwischen Nah- und Fernzielen unterschieden (PERREZ, M., MINSEL, B., WIMMER, H., 1974).

Das Nahziel in der vorliegenden Studie ist z. B. die Veränderung im Verhalten von Mutter und Kind in der Situation "Hausaufgaben machen" gewesen.

Als Fernziel galt die Verbesserung der Beziehung zwischen Mutter und Kind.

In der Verhaltenstherapie werden die Ziele als Verhaltensweisen definiert. Desgleichen werden die Störungen des Patienten und die Instruktionen des Therapeuten an den Patienten, die er als Hilfestellung zur Erreichung des Therapiezieles erhält, als spezifische Verhaltensweisen beschrieben.

Störverhalten, Zielverhalten und Instruktionen werden im Behandlungsverlauf kontrolliert und bestimmen das Verhaltensbeobachtungssystem.

Auf die verschiedenen Methoden der Verhaltensbeobachtung soll hier nicht eingegangen werden. Sie sind in ausführlicher und kritischer Weise abgehandelt bei: v. CRANACH, M. und FRENZ, G.H. (1969); BAYER, G. (1974).

H. LYTTON (1971) gibt Tabellen mit bis 1970 erschienenen Untersuchungen zu Eltern-Kind-Beobachtungen, in denen verschiedene Beobachtungssysteme besprochen sind. Eine neuere Übersicht über Verhaltensbeobachtung in der Kindertherapie liegt von MEES, U. und SELG, H. (1977) vor.

Im Elterntaining ist bislang mit Kategorien-Systemen und Intervallbeobachtungen gearbeitet worden. Ein schönes Beispiel ist das bereits beschriebene Beobachtungsschema von G.R. PATTERSON (s. S. 37 und S. 255 im Anhang).

Das Kategoriensystem wird in der Regel aus einer vorangegangenen allgemeinen Beobachtung zusammengestellt. Dabei wird entweder das Gesamtverhalten des Patienten berücksichtigt und kategorisiert oder eine begrenzte Anzahl von Verhaltensweisen, die für die Intervention relevant erscheinen, werden zu Kategorien zusammengefaßt.

Die Kategorien werden von manchen Autoren sehr breit gehalten, um das Beobachtungssystem für eine Gruppe ähnlicher Fälle verwertbar zu machen (s. die Untersuchungen von G.R. WAHLER et al., 1965, S. 35, 36). Dabei erweist es sich als notwendig, jeweils im Einzelfall einen Verhaltenskatalog anzulegen, der die einzelnen Kategorien spezifiziert (s. zum Kategoriensystem der eigenen Untersuchung den Katalog im Anhang S. 256 - 259).

Außerdem erscheint es angebracht, vor Beginn einer Intervention immer eine Verhaltensanalyse durchzuführen, selbst, wenn beabsichtigt ist, das Kategoriensystem anderer Autoren zu übernehmen. In den meisten Fällen sind auf Grund der äußeren Behandlungsbedingungen und der Andersartigkeit der Patienten doch geringe Änderungen vorzunehmen. Der Therapeut braucht, um seine Intervention sinnvoll zu planen, eine eigene Analyse des Gesamtverhaltens und kann sich nicht nur auf die Aussagen des Patienten, seiner Eltern oder anderer Bezugspersonen stützen und danach ein vorhandenes Beobachtungssystem auswählen.

Über die Anzahl der Kategorien, die ein Protokollant erinnern und sinnvoll anwenden kann, gehen die Meinungen stark auseinander. MEES, U. und SELG, H. (1977) geben 30 Kategorien als obere Grenze an.

G.R. PATTERSON und seine Mitarbeiter haben in allen ihren Untersuchungen in überzeugender Weise mit einem System von 28 Kategorien gearbeitet, allerdings unter großem technischen und personellen Aufwand.

Dagegen sind MEDLEY, D.M. und MITZEL, H.G. (1967) der Ansicht, daß mehr als 10 Kategorien nicht behalten werden können.

In meiner eigenen Untersuchung ist ein System von 14 Kategorien verwendet worden, 7 für das Mutter- und 7 für das Kindverhalten. Die Anzahl war gut handhabbar.

Allgemein ist es sicher günstig, wenn nicht eine besondere Fragestellung etwas anderes erforderlich macht, die Kategorienganzahl so klein wie möglich zu halten, unter gezielter Auswahl der wirklich relevanten Verhaltensweisen. Erfahrungsgemäß läuft ein sehr komplexes System Gefahr, an Klarheit zu verlieren und zu einer akademischen Spielerei zu werden, ohne wesentlich mehr an Informationen zu erbringen.

Bezüglich der Gütekriterien eines Kategoriensystems wird in den meisten Studien lediglich auf die Objektivität, d. h. die Beobachter-übereinstimmung sehr viel Sorgfalt verwandt.

Die interne Konsistenz als ein Aspekt der Zuverlässigkeit des Meßinstrumentes ist bei Beobachterübereinstimmungsprüfungen ohnehin kaum von dem Aspekt der interpersonellen Übereinstimmung zu trennen.

Seit BIJOU, S.M., PETERSON, R.R., HARRIS, F.R., ALLEN, K.E., JOHNSTON, M.S. (1969) ist bei Intervallbeobachtungen die Berechnung der Übereinstimmung nach der Formel (s. S. 46).

$$\bar{U} \% = \frac{\text{Übereinstimmung}}{\text{Übereinstimmung} + \text{Nicht-Übereinstimmung}} \times 100$$

üblich geworden.

Dabei wird an die Gesamtübereinstimmung in der Häufigkeit der Kategorien pro Protokoll gedacht.

Von den Autoren ursprünglich nicht berücksichtigt worden ist die Platzübereinstimmung der Kategorien in den einzelnen Intervallen, die für eine genaue Zuverlässigkeitsangabe jedoch wichtig ist. Sie kann unter Beibehaltung der gleichen Vorgehensweise eingefügt werden.

Von Einfluß auf die Beobachterübereinstimmung ist weiter die Komplexität des Kategoriensystems. Je komplexer das System, desto schwieriger ist es, einen hohen Grad an Übereinstimmung zu erreichen (TAPLIN, P.S. et al., 1973). Auch die Spezifität der Definitionen im Code ist für die Zuverlässigkeit der Beobachtung von Bedeutung.

Allgemein werden spezifische Antwortklassen (wie z. B. "einen anderen schlagen") zuverlässiger erfaßt als globale (wie z. B. "aggressives Verhalten", bestehend aus Schlagen, Objekte werfen, Kratzen, Spucken u. ä.).

Allgemein hat es sich als notwendig erwiesen, in regelmäßigen Abständen Zuverlässigkeitsbestimmungen vorzunehmen, wenn möglich unter Hinzuziehung eines neutralen Beobachters (s. S. 52).

Bei der Umstellung von der Trainingssituation zur realen Situation während der Intervention in der Klinik oder der natürlichen Umwelt können sich Beobachterfehler einschleichen. JONES, R.R. et al. (1974) haben bei ihrer Beobachtung in der natürlichen Umwelt z. B. einen starken Abfall in der Beobachterübereinstimmung unmittelbar nach dem Training bemerkt und daraufhin eine regelmäßige Kontrolle durchgeführt.

Wichtig ist es außerdem, Beobachter nicht als feste Paare arbeiten zu lassen, sondern die Gruppierungen zu variieren. Zwischen regelmäßig zusammenarbeitenden Beobachtern entsteht leicht ein Konsensus, der zu einer hohen

Übereinstimmung führen kann, aber nicht notwendigerweise dem ursprünglich geplanten Gebrauch des Beobachtungssystems entsprechen muß.

V a l i d i t ä t s ü b e r p r ü f u n g e n sind selten vorgenommen worden. Die Inhaltsvalidität wird mit dem Kategoriensystem als gegeben erachtet, wobei das kodierte Verhalten als repräsentative Stichprobe des Verhaltens außerhalb der Beobachtungssituation betrachtet wird.

Eine Schätzung der Inhaltsvalidität könnte durch Expertenurteile vorgenommen werden. Zu denken ist z. B. an Fragen wie: "Betrachten Sie die folgenden Verhaltensweisen als aggressiv?"

R.R. JONES et al. (1974) haben ähnliche Ratings von den Müttern der von ihnen behandelten Kinder durchführen lassen und berichten eine gute Übereinstimmung zwischen der Beurteilung des kindlichen Verhaltens durch Therapeuten und Mütter.

Untersuchungen zur Kriteriumsvalidität, wobei mit Hilfe von Tests, Fragebögen oder Interviews von dem beobachteten Verhalten auf Verhalten außerhalb der Beobachtungssituation geschlossen wird, sind im Rahmen der Elternarbeit nicht bekannt.

Das Vorgehen ist ohnehin problematisch, da die Gültigkeit der genannten Verfahren selbst meistens nicht zufriedenstellend bestimmt worden ist.

Die Möglichkeit einer Theorie-geleiteten Validierung im Sinne der Konstruktvalidität entfällt, da keine Theorie vorhanden ist, die sich zum Vergleich mit den Beobachtungsdaten anbieten würde.

Neben der Arbeit mit Kategoriensystemen ist es seit der Veröffentlichung von S.N. BIJOU, et al. (1969) in der Elternarbeit ebenfalls üblich geworden, die Beobachtungen in I n t e r v a l l r e g i s t r i e r u n g e n vorzunehmen.

Dabei werden pro Zeiteinheit oder Intervall je nach getroffener Vereinbarung, eine oder mehrere Eintragungen vorgenommen (s. das Protokollblatt zur eigenen Untersuchung, Anhang S.260).

Die Intervallgröße schwankt nach Angaben verschiedener Autoren von 5 Sekunden (MOUSTAKAS, C.E. et al., 1956) bis zu 30 Sekunden (PATTERSON, G.R. et al., 1973).

Auf Grund von Vorversuchen hat sich für die eigene Untersuchung die Einheit von 10 Sekunden als besonders günstige Intervallgröße erwiesen, wobei pro Intervall jeweils eine Kategorie registriert worden ist.

In einigen Untersuchungen sind für die Verhaltensaufzeichnung Apparaturen verwendet worden. WAHLER, R.G. et al. (1965) benutzten zur Aufzeichnung der Folge Mutterverhalten - Kindverhalten ein Registriergerät.

MOSS, H.A. (1965) verwandte einen 20-Kanal-Schreiber. LOVAAS, O.J., FREITAG, G., GULD, N.J., KASSORLA, J.C. (1965) benutzten zu Training ihrer Beobachter einen 12-Kanal-Schreiber. Das Gerät war so konstruiert, daß bei der Übereinstimmung von zwei Beobachtern ein Lämpchen aufleuchtete.

LOVAAS und seine Mitarbeiter nennen folgende Vorteile des Schreibers: er bietet die Möglichkeit, mehrere Verhaltensweisen gleichzeitig zu registrieren; der Beobachter braucht nur zu beobachten, er muß nicht schreiben; Häufigkeit und Dauer einzelner Verhaltensweisen können angegeben werden.

Darüber hinaus gibt es inzwischen eine Reihe wichtiger klinischer Erfahrungen, deren Berücksichtigung dazu beitragen kann, die Güte der Verhaltensbeobachtung zu erhöhen.

Um in kurzer Zeit einen guten Einblick in das Verhalten des Patienten zu bekommen, wird versucht die Beobachtungssituation immer so zu wählen, daß das relevante Störverhalten möglichst häufig auftritt.

Beobachtungen in der Familie sind z. B. nicht effektiver als in der Klinik, wenn das Störverhalten nicht vor allem dort besonders günstig erfaßt werden kann.

Da Verhaltensbeobachtungen in der Familie des Patienten von den technischen und personellen Anforderungen her sehr aufwendig sind, geht das Bemühen dahin, die Situation in der Klinik so zu gestalten, daß sie der Realsituation, in der das Störverhalten auftritt, vergleichbar wird.

FOREHAND, R., WELLS, K.C., STRUGG, S., E.T. (1978) bemühten sich festzustellen, wieweit Beobachtungen von Mutter-Kind-Interaktionen in der Klinik ausreichende Indikatoren liefern, um Eltern bezüglich des Störverhaltens ihrer Kinder zuhause ausreichende Hilfen geben zu können.

Sie verglichen ein Interview über zuhause auftretende Schwierigkeiten mit Beobachtungen in mehr oder weniger strukturierten Situationen in der Klinik und zuhause. Für eindeutige Aussagen waren dabei die Beobachtungen in der Klinik den Beobachtungen zuhause überlegen. Mit Hilfe einer schrittweisen Regressionsanalyse erwiesen sich zwei mütterliche Verhaltensweisen, die in der Klinik erhoben worden waren, als beste Prediktoren für kindliches Verhalten: gab die Mutter unvollständige Aufforderungen in einer strukturierten Spielsituation, gehorchte das Kind nicht; gab sie eindeutige Aufforderungen in der freien Spielsituation, gehorchte das Kind.

Allgemein haben sich Beobachtungen in der K l i - n i k als vorteilhaft erwiesen, da sie die Strukturierung der Situation und die Provokation des relevanten Verhaltens durch bessere Möglichkeiten der Situationsgestaltung und durch gezielte Instruktionen erleichtern.

Hinzu kommt, daß bei der Beobachtung und Behandlung einer Gruppe von Patienten für alle die gleichen äußeren Bedingungen geschaffen werden können.

Es gibt aber Verhaltensweisen, die in der Klinik nicht zu beobachten sind, weil sie dort gar nicht auftreten, wie z. B. Bettnässen, Zündeln oder Stehlen.

Einige Untersucher, die die Intervention zuhause durchgeführt haben, ließen ihre Beobachtungen daher von den Eltern selbst durchführen (PATTERSON, G.R., COBB, J.A., RAY, R.S., 1973).

Unter den beobachteten Störverhaltensweisen wird von einigen Autoren eine sehr niedrige Verhaltensrate in den k l i n i s c h r e l e v a n t e n K a t e g o r i e n berichtet. R.R. JONES, REID, J.B., PATTERSON, G.R. (1974b) haben bei den von ihnen behandelten Kindern nur 10 Prozent Störverhalten innerhalb des Gesamtverhaltens beobachtet.

Vermutlich ist diese Tatsache abhängig von der Art des untersuchten Störbereiches. JONES, R.R. und seine Mitarbeiter haben mit aggressiven Jungen gearbeitet, die möglicherweise massive, jedoch selten auftretende Störverhaltensweisen zeigten.

Dagegen war die Rate des Störverhaltens der Kinder aus meiner eigenen Untersuchung während der ersten Beobachtungsphase höher als die des erwünschten Verhaltens und nahm auch nach Abschluß der Intervention noch 36 % des Gesamtverhaltens ein.

Dabei kommt unter den Störverhaltensweisen der Hauptanteil einer Kategorie zu, die als "motorische Unruhe" gekennzeichnet worden ist, was sich erst später als eine etwas unglückliche Definition erwies.

Bei der Formulierung von Verhaltenskategorien ist es ratsam, darauf zu achten, sie so spezifisch zu fassen, daß sie sich über den Gesamtverlauf der Intervention hinweg qualitativ nicht verändern können.

Die Kategorie "motorische Unruhe" ist zu breit gefaßt worden und enthielt Verhaltensweisen wie: "vom Stuhl aufstehen", "auf dem Stuhl hin und her rutschen", ebenso wie "am Kopf kratzen", "mit dem Bleistift schnippen". Im Verlauf der Behandlung gingen die erst genannten groben Auffälligkeiten zurück, während weniger störende, wie z. B. "am Kopf kratzen" blieben oder sogar zunahmen, so daß die Verhaltenskurve der Kinder noch immer ein relativ hohes Ausmaß motorischer Unruhe zeigte.

Innerhalb dieser Kategorie eine Differenzierung vorzunehmen ist deshalb nicht unerheblich, da ein Kind, das "sich kratzt" oder "mit dem Bleistift schnippt", gleichzeitig arbeiten kann, nicht jedoch, wenn es "vom Stuhl aufsteht" oder "heftig hin und her rutscht".

Der Kategorisierungsfehler ist später durch eine Doppelprotokollierung des "Arbeitsverhaltens" und der "motorischen Unruhe" (PA/NM", wenn beide gleichzeitig auftraten,) zu korrigieren versucht worden (s. S. 111).

Allgemein hat es sich als vorteilhaft erwiesen, auf das Beobachtertraining, vor Beginn einer Studie sehr viel Sorgfalt zu verwenden.

Seine Dauer ist abhängig von der Vorerfahrung der Beobachter und der Differenziertheit des Beobachtungssystems und schwankt zwischen 10 bis 90 Stunden (MEES, U. et al., 1977).

In der Regel wird so lange trainiert, bis die Kategorien und Kodierungen beherrscht werden und die korrekte Anwendung, falls erforderlich, auch in der natürlichen Umwelt gelingt. Als Abschlußkriterium gilt das Erreichen einer Beobachterübereinstimmung von 70 - 80 %.

Die inzwischen üblich gewordene Arbeit mit Video-Aufzeichnungen bedeutet eine große Bereicherung für das Beobachtertraining. Bei Komplikationen können umstrittene Szenen immer wieder angeschaut und diskutiert werden. Gleichzeitig muß für den Ernstfall jedoch beachtet wer-

den, daß durch Filmaufzeichnungen Informationen verloren gehen; vor allem die Atmosphäre der Interaktion kann nie voll wiedergegeben werden.

Aus ökonomischen Gründen werden die Beobachter meistens von dem Untersucher selbst trainiert, obwohl der Objektivität der Daten wegen eine Trennung zwischen Untersucher und Beobachter notwendig wäre. Wegen des sehr großen Zeitaufwandes ergeben sich hierbei jedoch sehr große Kosten, so daß die Anzahl der Beobachter in den meisten Studien auf dem notwendigen Minimum gehalten wird.

Um die Beobachter zu motivieren und ihr Interesse an der Studie zu wecken, werden sie in der Regel zumindest grob über die Untersuchung informiert.

Einige Autoren halten es für günstig, die Beobachter schon an der Kategorienentwicklung mitarbeiten zu lassen, weil sie dadurch auf sehr anschauliche Art und Weise mit dem Beobachtungssystem vertraut werden und gleichzeitig die Trainingsphase abgekürzt werden kann (HEYNS, R.W., ZANDER, A.F., 1965).

Dieser Faktor scheint gewichtiger als die allgemein geforderte "Unvoreingenommenheit der Beobachter", die im Fall der Mitbeteiligung natürlich nicht mehr gegeben ist.

In einigen Untersuchungen ist das Risiko umgangen worden, indem zu regelmäßigen Kontrollen ein oder zwei "neutrale Beobachter" hinzugezogen worden sind (PATTERSON, G.R., COBB, J.A.; RAY, R.S., 1973).

Außerdem konnte nachgewiesen werden, daß die Kenntnis des Beobachters vom Stand der Untersuchung keinen Einfluß auf die Objektivität der Daten hatte, weder bei Interventionen im Labor noch in der Familie (SKINDRUD, K.D., 1972 a) und b)).

Ohnehin wird das Ausmaß der als ROSENTHAL-Effekt (ROSENTHAL, R., 1966) bekannten Gefahr, wonach die Voreingenommenheit des Versuchsleiters sich mit seinen Erwartungen, Hypothesen oder Wünschen auf die Versuchsergebnisse auswirkt, inzwischen angezweifelt (JONES, R.R., PATTERSON, G.R., 1974).

Gleichzeitig wird allerdings auf eine Reihe anderer Faktoren aufmerksam gemacht, die die Untersuchungsergebnisse beeinflussen können.

Ein Tatbestand, der sich auf die Beobachtungsdaten auswirkt und nie ganz vermieden werden kann, ist z. B. das Bewußtsein des Patienten, beobachtet zu werden. Untersuchungen hierzu haben ergeben, daß Erwachsene durch die Anwesenheit des Beobachters stärker beeinflusbar sind als Kinder und ältere Kinder mehr als jüngere (LYTTON, H., 1971).

Zu einem vergleichbaren Ergebnis kamen MEDLEY, D.M., MITZEL, H.E., (1967), die bei Beobachtungen in der Schule feststellten, daß die Schüler nach kurzer Gewöhnung an den Beobachter in ihrem Verhalten rasch wieder unbefangen wurden, nicht jedoch der Lehrer.

Bei einem Vergleich von Müttern und Kindern der Mittelklasse mit Mutter-Kind-Paaren aus der unteren sozialen Schicht konnten ZEGIOB, L.E. und FOREHAND, R. (1978) bei beiden Müttergruppen den gleichen Beobachtereffekt feststellen: die Mütter wurden insgesamt aktiver, die Anzahl ihrer Gesamtverhaltensweisen nahm zu, und sie maximierten ihr Verhalten in Richtung "gutes Elternverhalten", nachdem ihnen gesagt worden war, daß sie beobachtet würden.

In einer etwas anders angelegten Studie versuchten LOBITZ, G. und JOHNSON, S.M. (1972) festzustellen, wieweit es Eltern möglich ist, ihre Kinder je nach gegebener Instruktion zu überreden, sich "sozial erwünscht" oder "auffällig" zu verhalten.

Sie konnten zeigen, daß "gesunde" Familien imstande waren, ihr Kind auf Grund vorheriger Unterweisungen entweder einen "guten Eindruck" oder einen "schlechten Eindruck" machen zu lassen.

In einer weiteren Studie verglich W.C. LOBOWITZ (1973) "gesunde" mit "Problemfamilien" und fand, daß es beiden Familiengruppen gelang, auf eine entsprechende Anweisung hin ihr Kind "schlecht" aussehen zu lassen, aber nur die "gesunden" schafften es auch, ihr Kind dahin zu bringen, einen "guten Eindruck" zu machen.

In meiner eigenen Untersuchung ist in mehreren Fällen während der ersten Beobachtungsphase bei Müttern und Kindern ein stark angepaßtes Verhalten beobachtet worden. Erst im Verlauf der Intervention sind Intensität und Häufigkeit des beklagten Störverhaltens offen zutage getreten.

Der beschriebene Beobachtungseffekt läßt sich nie ganz vermeiden. Bei Beobachtungen in der natürlichen Umwelt ist der Beobachter immer voll sichtbar. Im Labor wird der Einfluß durch die Verwendung der Einwegscheibe gemildert (MERTENS, W., 1975; MOSS, H.A., 1965).

Der damit einhergehende Fehler hat sich allerdings als sehr viel geringer erwiesen als ursprünglich vermutet wurde und bedeutet keineswegs, daß die so erhaltenen Daten gänzlich invalide sein müssen.

Bei all den genannten Einschränkungen und Kritikpunkten ist in der Konkretheit, Spezifität und Klarheit der Verhaltensbeobachtung als Kontrollmethode sehr viel Positives zu sehen.

Von Vorteil ist vor allem die Möglichkeit, Intervention und Kontrollverfahren gut aufeinander abzustimmen.

Dabei kommt den Beobachtungsdaten im Verlauf der Behandlung ja nicht nur die Funktion eines Nachweises zu. Der Therapeut kann die Daten nützen, um Unterstützung und Anregung für die ihm notwendig erscheinenden Veränderungen im Verhalten des Patienten zu bekommen.

Wichtig erscheint nur, daß der Untersucher sich neben der positiven Möglichkeit auch der Grenzen seiner Methode bewußt ist. Denn daß die Effektivität eines so komplizierten Geschehens wie der Therapie sich aus der Häufigkeitsveränderung des symptomatischen Verhaltens allein ablesen läßt, wird heute kaum noch jemand annehmen (s. dazu auch die Besprechung meiner eigenen Ergebnisse, S. 213 - 221).

7. Versuchspläne im Elternt raining

Zur Überprüfung der Effektivität einzelner Techniken sind neben den in der Therapieforschung üblichen Verlaufskontrollen und Vortest-Nachtest-Vergleichen vor allem zwei Versuchspläne benutzt worden:

1. Der Reversions- oder A B A - Plan

Nach Erhebung der Ausgangslage eines bestimmten Störverhaltens (A) folgt eine Interventionsphase (B), in der, falls die angewandte Therapiemethode effektiv ist, eine Reduktion des Störverhaltens erwartet wird. Im nächsten Therapieabschnitt wird die Intervention wieder herausgenommen, d.h. der Therapeut geht zu den Ausgangsbedingungen zurück (A) und zu rechnen ist mit einem erneuten Anstieg des devianten

Verhaltens. Um sie auf ihre Effektivität hin zu überprüfen, werden in vorher festgelegten Zeitabständen therapeutische Manipulationen an- und wieder abgesetzt.

Die nach einem Reversionsplan durchgeführten Untersuchungen dienen eher einem wissenschaftlichen Interesse als daß sie von unmittelbarem therapeutischem Nutzen wären. Ziel einer Therapie ist das Erreichen eines positiven, irreversiblen Effekts, der bestehen bleibt, auch wenn die Behandlung unterbrochen oder abgeschlossen wird (siehe dazu das Beispiel Seite 17); und wünschenswert ist darüber hinaus, das in der Therapie erworbene Verhalten des Patienten auf andere Lebensbereiche auszudehnen und in der natürlichen Umwelt ohne therapeutische Hilfe zu erhalten.

An dem A B A-Design ist daher viel Kritik geübt worden.

Verständlicherweise bereitet das Vorgehen nach dem A B A-Plan in der Anleitung von psychologischen Laien wie Eltern oder auch Lehrern (KUYPERS, D.S., BECKER, W.C., O'LEARY, K.D., 1968) dem Therapeuten besondere Schwierigkeiten. Für sie kann das Zurückgehen auf alte, inzwischen als unpassend erklärte und überwundene Verhaltensweisen während der Reversionsphase immer einen Rückfall oder eine Hemmung des eigenen Entwicklungsfortschritts bedeuten.

Dennoch ist der A B A-Plan in vielen Untersuchungen - auch in der Zusammenarbeit mit Eltern - angewandt worden.

Ein anderer, in der verhaltenstherapeutischen Elternarbeit allerdings seltener gebrauchter Versuchsplan ist das sogenannte:

2. "Multiple-Baseline"-Design

Hierbei wird zunächst simultan die Ausgangslage für mehrere Verhaltensweisen erhoben.

Die Intervention wird dann mit einer der beobachteten Verhaltensweisen durchgeführt, bis eine Veränderung er-

reicht und demonstriert werden kann. Dann wird die gleiche Prozedur auf ein weiteres Verhalten angewandt, später auf ein drittes etc.. Verändern sich die verschiedenen Verhaltensweisen jeweils mit der Intervention, kann die Behandlungsmethode als erfolgreich angesehen werden. Der Versuchsplan ist im Entwurf elegant und verspricht bei sorgfältiger Durchführung eine saubere Arbeitsweise.

In der Praxis kommt es sehr häufig nicht zur endgültigen Ausführung, da zum Abschluß des Therapieprogramms Generalisationseffekte auftreten, die ja auch vom Therapeuten erhofft werden, so daß sich die gezielte Behandlung der restlichen Verhaltensweisen erübrigt.

In der vorliegenden Untersuchung ist von keinem der beiden Versuchspläne Gebrauch gemacht worden. Der Therapieeinfluß ist neben der Überprüfung des Interventionsverlaufs und dem Vergleich von Vor- und Nachbeobachtungsphase über den Vergleich mit einer Kontrollgruppe nachzuweisen versucht worden.

III. UNTERSUCHUNGEN ZUR VERHALTENSTHERAPEUTISCHEN ELTERNARBEIT

1. Einzelfallstudien

Die direkte Einbeziehung der Eltern in die Behandlung der Kinder ist nicht neu und nie auf die Verhaltenstherapie beschränkt gewesen. Auch auf psychoanalytischer Seite und von der an Carl ROGERS orientierten Gesprächspsychotherapie her hat es Beiträge zur Elternarbeit gegeben.

Die erste, in der Literatur wiedergegebene Elternberatung ist der berühmte Fall des "Kleinen Haus", den S. FREUD 1909 veröffentlichte (FREUD, S., 1972).

FREUD ging es allerdings in erster Linie darum, die Entwicklung einer kindlichen Phobie aufzuzeigen. Der Vater des Kindes half ihm dabei, indem er sorgfältige Beobachtungen anstellte und ihm diese schriftlich zusandte. An Hand dieser Aufzeichnungen führte FREUD seine Beratung durch, die ebenfalls überwiegend brieflich erfolgte.

Auch die ersten Arbeiten zum verhaltenstherapeutischen Elternt raining sind Einzelfalluntersuchungen gewesen. Ihr Ausgang ist in der klassischen Studie von Mary Cover JONES (1924) zu sehen, in der wiederum die Ängste eines kleinen Jungen behandelt worden sind. Die Untersuchung gilt als Musterbeispiel einer klassischen Konditionierung. Neben der systematischen Desensibilisierung sind Methoden wie Modelltraining und primäre und soziale Verstärkung verwandt worden.

Die Autorin sagte bereits richtig voraus, daß die Behandlung des Kindes ohne Hinzuziehen der Mutter auf lange Sicht ineffektiv bleiben würde, da vermutlich vorher erzielte Veränderungen des Kindes durch ungeschickte Verhaltensweisen der Mutter wieder zunichte gemacht würden. M.C. JONES wies also damals schon auf die Notwendigkeit der Einbeziehung der Eltern in die Behandlung hin.

In der Folgezeit gibt es nur vereinzelte Publikationen. Erst um 1960 sind vermehrt Untersuchungen veröffentlicht worden, in denen die Eltern oder andere wichtige Bezugspersonen aktiv als Therapeuten ihrer Kinder in die Behandlung miteinbezogen worden sind.

Für eine Übersicht eignen sich die Sammelreferate von B.P. BERKOWITZ, A.M. GRAZIANO, 1972; C. JOHNSON, R. KATZ, 1973; S.O. DELL, 1974; G.R. PATTERSON, 1972; J.B. TAVORMINA, 1974.

Zu Beginn ist mit Einzelsymptomen, überwiegend Phobien gearbeitet worden (PATTERSON, G.R., 1965; PATTERSON, G.R., 1966; STRAUGHAN, J.H., 1964).

Mit zunehmender Erfahrung wurden die Interventionen dann auf komplexere Störungen ausgedehnt, wie z. B. das sogenannte "brat-syndrome", das wohl am ehesten als "frühkindliche Verwahrlosung" zu übersetzen ist (BERNAL, M.E., DRUYEE, J., PRUETT, H., BURNS, B., 1968; BERNAL, M.E., 1969; PATTERSON, G.R., 1973).

Bezüglich der kindlichen Symptomatik ist sehr viel experimentiert worden. Unter den Störverhaltensweisen der Kinder gibt es inzwischen wohl kaum eine Auffälligkeit, für deren Behandlung Eltern nicht vorbereitet worden sind. Zu den einzelnen Symptomkreisen fehlen jedoch Wiederholungsstudien.

Viele Variablen sind an Einzelfällen untersucht worden, jedoch nie in größerem Zusammenhang.

Die Untersuchungen im Elternt raining sind allgemein sehr uneinheitlich und schwer vergleichbar, da neben verschiedenen Versuchsplänen auch mit sehr unterschiedlichen Behandlungsmethoden und Kontrolltechniken gearbeitet worden ist, so daß der Leser inzwischen zwar eine Vielzahl von Einzel- und Gruppenuntersuchungen vorfindet, darunter aber wenig vergleichbare Daten, die zu allgemeinen Aussagen berechtigen würden.

Diese Studien sind in erster Linie pragmatisch orientiert und mit der Überlegung geplant worden: sind Eltern

imstände, die Rolle des Therapeuten für ihr eigenes Kind zu übernehmen?

Untersucht wurde vor allem das Funktionieren bestimmter Techniken in den Händen der Eltern, wobei Fragestellungen interessierten wie zum Beispiel: kann das kindliche Störverhalten reduziert werden, wenn die Mutter ihm keine Aufmerksamkeit mehr schenkt? Können gleichzeitig kooperative kindliche Verhaltensweisen gefördert werden, wenn die Mutter sie besonders beachtet?

Dabei gilt es nachzuweisen, daß eine bestimmte angewandte Technik zu einem positiven Ergebnis führt. Der therapeutische Prozeß selbst ist nicht untersucht worden.

Unter einem pragmatischen Gesichtspunkt ist ein Verständnis für diesen Prozeß von geringerem Wert, solange die Technik gut funktioniert. Andererseits jedoch können Anregungen und Neuerungen in der Vorgehensweise nur dann erarbeitet werden, wenn einzelne Komponenten, die die Veränderung verursacht haben, bekannt sind (s. dazu den Abschnitt zur Interaktionsanalyse, S. 29 - 41).

Ausgehend von der Annahme, daß die Aufmerksamkeit der Erwachsenen einen effektiven Verstärkerwert für die Kinder besitzt, sind zu Beginn eine Reihe von Fallstudien durchgeführt worden, in denen versucht wurde, das kindliche Störverhalten durch die Aufmerksamkeit der Bezugspersonen zu modifizieren.

Die in diesen frühen Studien behandelten Kinder waren relativ klein, etwa vier Jahre alt. Ihre Behandlung wurde meistens im Kindergarten von einer oder mehreren Kindergärtnerinnen durchgeführt.

ALLEN, E.K., HART, B., BUELL, J.S., HARRIS, F.R., MONTROSE, M.M. (1964) haben ein kleines Mädchen mit Kontaktstörungen behandelt, das überwiegend alleine spielte oder sich in der Nähe eines Erwachsenen aufhielt. Die Behandlung wurde nach einem A B A-Plan durchgeführt. Während der Interventionsphasen erhielt das Mädchen konsequent die Aufmerksamkeit der Kindergärtnerin, sobald es aktiv Kontakt zu anderen Kindern aufnahm, mit ihnen spielte, ihnen half, sie anlächelte. Die Kindergärtnerin wandte sich von dem kleinen Mädchen wieder ab, wenn es alleine spielte oder sich einem Erwachsenen näherte.

Schon nach kurzer Zeit stieg der Kontakt mit anderen Kindern von 10 % auf 54 % an, während der zu Erwachsenen von 50 % auf 35 % sank. Das Mädchen war aktiver, sprach lauter und schien das Spiel mit anderen Kindern zu genießen.

In einer späteren, ganz ähnlich geplanten Studie (ALLEN, E.K., HENKE, L.B., HARRIS, F.R., 1967) gelang es, das Durchhaltevermögen eines vierjährigen Jungen durch die kontingente Aufmerksamkeit der Kindergärtnerin zu erhöhen. Bereits nach sieben Tagen Behandlung nahm sein hyperaktives Verhalten deutlich ab. Das Zurückgehen auf die Ausgangsbedingungen während der Reversionsphase zeigte sein altes Verhaltensmuster; bei erneuter Einführung der Therapie jedoch ging sein hyperaktives Verhalten wieder deutlich zurück.

Das Vorgehen von ALLEN, E.K. et al. (1964) ist von anderen Therapeuten bei Fällen wiederholt angewandt worden, die durch folgende Merkmale gekennzeichnet waren: isoliertes Spiel, Weinen und Passivität (HARRIS, F.R., WOLF, M.M., BAER, D.M., 1964; SCOTT, Ph., BURTON, R.V., YARROW, M.R., 1967); mangelnde körperliche Aktivität (JOHNSON, M.J., KELLEY, C.S., HARRIS, F.R., WOLF, M.M., 1966); psychosomatische Beschwerden und Wutanfälle (GARDNER, J.E., 1967); operantes Schreien (HART, B.M., ALLEN, K.E., BUELL, J.S., HARRIS, F.R., WOLF, M.M., 1964)

und autistische Verhaltensweisen (GARDNER, J.E., REARSON, D.T., BEROVICI, A.N., BRICKER, D.E., 1968). Die Studien haben zu ähnlichen, allgemein positiven Ergebnissen geführt. In einigen Fällen hat es sich deutlich als Vorteil erwiesen, die Intervention in der natürlichen Umwelt des Kindes durchzuführen. B.M. HART et al. (1964) berichten zum Beispiel einen positiven Nebeneffekt, der von der Kindergartengruppe der von ihnen behandelten Kinder ausging. Sobald das Störverhalten der beiden kleinen Patienten zurückgegangen war, gingen die anderen Kinder häufiger spontan auf sie zu und verstärkten nun auch ihrerseits das erwünschte Verhalten der Spielkameraden. (Siehe dazu auch LAVIGUER, H., PETERSON, R.F., SHEESE, J.G., PETERSON, L.W., 1973).

Bei einer Behandlung zuhause, in der Familie eines vierjährigen Jungen mit Wutanfällen führten HAWKINS, R.P., PETERSON, R.F., SCHWEID, E., B'JOU, S.W. (1966) mit der Mutter ein ähnliches Programm durch wie die gerade beschriebenen. Die Mutter lernte, mit Lob, Aufmerksamkeit und liebevollem Körperkontakt zu reagieren, wenn das Kind sich in gewünschter Weise verhielt. Zeigte es einen seiner Wutanfälle, wurde ihm sein Spielzeug weggenommen, es wurde auf einen hohen Stuhl gesetzt und von der Mutter allein gelassen. Hier wurde neben der sozialen Verstärkung noch eine Strafprozedur für das Störverhalten des Jungen eingeführt.

Auch diese Behandlung verlief erfolgreich. Das in der Ausgangslage stark schwankende Fehlverhalten des Kindes fiel während der ersten Interventionsphase deutlich ab. In der ersten Reversionsphase erhöhte es sich wieder leicht, erreichte jedoch nicht mehr die Häufigkeit der Ausgangslage. Auch während der zweiten Reversionsphase und während der Nachuntersuchung blieb das Störverhalten des Kindes niedrig. Von der Mutter wurden keine systematischen Daten erhoben, sie berichtete im Verlauf der Behandlung jedoch, sie selbst habe sich geändert und sei vor allem sehr viel sicherer geworden.

Die Autoren stellten fest, daß die Mutter zu Beginn der Behandlung regelmäßig mit Aufmerksamkeit und anderen sozialen Verstärkern auf das deviante Verhalten des Kindes reagiert hatte, während sie seine erwünschten Verhaltensweisen ignorierte. Bei Beschluß des Trainings war es genau umgekehrt (s. dazu meine eigenen Ergebnisse S.199). Die Behandlung eines achtjährigen, aggressiven Jungen, der mit Schreien, physischer Aggression und lautem Herumkommandieren seine Eltern tyrannisierte, wurde ebenfalls von der Mutter im Elternhaus durchgeführt (ZEILBERGER, J., SAMPEN, S.E., SLOANE, H., 1968). Für die Intervention war, vergleichbar den Programmen von R.P. HAWKINS et al. (1966), mütterliches Lob als Reaktion auf kooperatives Spiel des Kindes vorgesehen und eine 'Aus-Zeit'-Prozedur für das Nichtbefolgen von Aufforderungen und aggressive Verhaltensweisen. Andere, unerwünschte Verhaltensweisen sollten ignoriert werden.

Bei dieser erfolgreich verlaufenen Behandlung konnte eine Generalisation des Therapieeffektes auf das Allgemeinverhalten des Kindes beobachtet werden. Obwohl sie nicht direkt behandelt wurden, nahmen Störverhaltensweisen des Jungen wie Schreien und Herumkommandieren deutlich ab.

E.W. HERBERT trainierte Mütter in zwei aufeinanderfolgenden Untersuchungen (HERBERT, E.W., 1970; HERBERT, E.W., BAER, D.M., 1972), aufmerksam auf erwünschtes Verhalten der Kinder zu reagieren und sich bei Störverhalten von ihnen abzuwenden. Die Mütter waren außerdem aufgefordert worden, ihre eigenen 'aufmerksamen' Verhaltensweisen dem Kind gegenüber zu zählen, zum Beispiel jede Verbalisation, die an das Kind gerichtet war; ebenso physischer Kontakt mit dem Kind, wie dem Kind etwas geben oder etwas von ihm annehmen. Die Mütter erhielten zum Zählen eine Golfuhr.

Mütter und Kinder veränderten ihr Verhalten in gewünschter Richtung. Die Autoren konnten außerdem nachweisen, daß das Zählen des eigenen Verhaltens die Aufmerksamkeitsrate der Mütter positiv beeinflusste.

In einer späteren Untersuchung, an der sechs ältere Kinder mit Leistungsstörungen und deren Mütter beteiligt waren, konnten die bislang so positiven Ergebnisse dieser Therapeutengruppe nicht wieder bestätigt werden (HERBERT, E.W., 1973).

Der Untersucher ließ zwei Müttergruppen mit ihren Kindern an schulischen Aufgaben arbeiten. Die Aufgaben der älteren Kindergruppe entsprachen dem schulischen Leistungsstand der Kinder. Der Gruppe der jüngeren Kinder wurde das Alphabet vermittelt. Beide Elterngruppen erhielten schriftliche Instruktionen über die Art und Weise, wie sie ihren Kindern den Lernstoff vermitteln sollten. Sie bekamen außerdem während der Sitzungen durch Handzeichen des Therapeuten oder über ein Walkie-Talkie-Gerät eine Rückmeldung für ihr Verhalten.

Die Intervention bestand im wesentlichen wiederum in einem systematischen Einsatz der mütterlichen Zuwendung als Konsequenz auf erwünschtes Verhalten der Kinder.

Entgegen den ursprünglichen Erwartungen zeigte dieses Vorgehen bei vier der Kinder eine allmähliche Zunahme des unerwünschten Verhaltens. Der Effekt blieb über viele Sitzungen bestehen und konnte bei wiederholter Anwendung des A B A -Planes bei keinem der Kinder reduziert werden.

Ein fünftes Kind zeigte keinerlei Veränderungen. Ein sechstes Kind verbesserte sich zunächst geringfügig, verschlechterte sich gegen Ende des Programms jedoch wieder.

Leider haben die Autoren die äußeren Bedingungen der Behandlung nicht genauer beschrieben, so daß der Leser Mühe hat, sich die vorliegenden Ergebnisse zu erklären. Angesichts so drastischer Verschlechterungen der Patienten bleibt vor allem unverständlich, weshalb nicht der Versuch unternommen wurde, das Therapie-Programm zu ändern noch während der negative Verlauf sich andeutete.

Möglicherweise war das gezielte Einsetzen der mütterlichen Aufmerksamkeit als Therapiemittel in der leistungs-

orientierten Interaktionssituation allein nicht ausreichend. In einer Reihe ähnlicher Fälle wurden Veränderungen im Verhalten der Kinder erst beobachtet, nachdem neben der sozialen Verstärkung für erwünschtes Verhalten eine Strafprozedur für unerwünschte Verhaltensweisen eingeführt worden war (LAVIGUER, H., PETERSON, R.F., SHEESE, J.G., PETERSON, L.W., 1973; MERBAUM, M., 1973; BUDD, K.S., 1976).

LAVIGUER, H. et al. (1973) haben auf diese Weise mit einer 'Aus-Zeit'-Strafe (das Kind wurde auf einen Stuhl im Hausflur gesetzt und allein gelassen) sehr bald einen deutlichen Abfall des devianten Verhaltens beobachten können. Die erwartete Zunahme der positiven kindlichen Verhaltensweisen trat jedoch erst in der zweiten Interventionsphase ein.

FOREHAND, R., WELLS, K.C., STRUGGIS, E.T. (1978) haben ein taubes Kind, das allgemeine Verhaltensauffälligkeiten zeigte, ebenfalls mit sozialer Verstärkung und 'Aus-Zeit' behandelt und berichten positive Veränderungen, sowohl im Verhalten des Kindes als auch im Verhalten und in den Einstellungen der Mutter.

Die Symptomatik des Kindes und ihre adäquate Behandlungsweise sind nicht immer eindeutig zuzuordnen. Soziale Verstärkung und Strafen wie die 'Aus-Zeit'-Prozedur sind bei einer Vielzahl von Symptomen verwandt worden. Mitunter erscheint der Einsatz sozialer Verstärker ausreichend. Im Fall der Reinlichkeitserziehung bei Enuretikern oder Enkopretikern ist z. B. sehr erfolgreich mit ausschließlich sozialer oder materieller Verstärkung gearbeitet worden (BACH, R., MOYLAN, J.J., 1975; CHOPPRA, H.D., 1973). In anderen Fällen ist es notwendig gewesen, weitere Behandlungsmethoden hinzuzunehmen.

Interessant sind in diesem Zusammenhang einige Beobachtungen, die K.S. BUDD (1976) während einer Fallstudie anstellte, da sie seinen Umgang mit den gerade besprochenen Prinzipien von sozialer Verstärkung und 'Strafe' genauer spezifizieren.

Bei der Behandlung eines ungehorsamen dreijährigen Mädchens, das den Aufforderungen der Eltern nicht nachkam, wurde die Mutter ebenfalls angeleitet, soziale Verstärkung und 'Aus-Zeit'-Strafe systematisch einzusetzen. Sie bekam gleichzeitig Anweisungen, ihrem Kind in jeder Sitzung eine bestimmte Aufforderung zu geben, wie z. B. "Leg den Kamm auf den Stuhl", und diese so lange zu üben, bis das Kind sie befolgen konnte.

Entscheidend für den Erfolg der Intervention scheinen dabei einige Instruktionen an die Mutter gewesen zu sein, die über den Einsatz der Lernprinzipien hinausgehen und von dem Autor nur nebenbei angeführt werden, wie z. B.: es ist sinnvoll, dem Kind nur *e i n e* neue Anweisung pro Sitzung zu geben; oder: die Mutter soll ihr Kind nur dann instruieren, wenn es ihr auch *a u f - m e r k s a m* zuhört u. ä. (siehe dazu auch die Beobachtungen in meiner eigenen Untersuchung, S. 116). Es ist anzunehmen, daß solche Verhaltensweisen der Mutter sich im Sinne einer größeren Klarheit und Orientierungshilfe für das Kind sehr positiv auf die Interaktion der beiden ausgewirkt haben.

Zwei sehr anschauliche Falldarstellungen, bei denen die Mutter ebenfalls wieder angeleitet wurde, das Störverhalten ihres Kindes zu bestrafen oder zu ignorieren und auf positive Verhaltensweisen zu achten, um diese durch emotional warme Antworten und Lob zu verstärken, werden von M.E. BERNAL (1969) gegeben.

Zur Unterweisung der Mutter wurden Instruktionen verwandt, die schrittweise aufeinander aufbauen. Sie wurden ihr vor jeder Sitzung in der Klinik vorgegeben und zur besseren Veranschaulichung durch Video-Aufzeichnungen aus vorherigen Interaktionen mit ihrem Kind unterstützt. Der Mutter konnte mit den Video-Filmen gleichzeitig eine sehr gute Rückmeldung über ihr eigenes Verhalten gegeben werden.

Bei dem ersten Fall handelte es sich um einen achtjährigen Jungen, der häufig Wutanfälle zeigte, seine Mutter körperlich angriff und Kontaktschwierigkeiten mit

anderen Kindern hatte.

Aus Verhaltensbeobachtungen zuhause und in der Klinik ging hervor, daß der Junge machte, was er wollte, während die Mutter alles tat, um ihn bei Laune zu halten. Zwischen beiden fehlte es an warmem, emotionalen Kontakt. Die Mutter gab zu, daß sie den Jungen nicht mochte und Angst vor ihm hatte.

Zu Beginn der Behandlung hatte die Mutter große Mühe, die ihr gegebenen Instruktionen auszuführen. Dennoch nahm das Störverhalten des Jungen schon nach der ersten Intervention ab und erreichte nie wieder das Ausmaß aus der Zeit vor der Intervention. Die Auffälligkeiten nahmen in der 14. Sitzung wieder etwas zu, als ein zweites Kind mit in die Behandlung einbezogen wurde. Dabei handelte es sich um einen Nachbarsjungen, mit dem das Problemkind wiederholt in Schwierigkeiten geraten war.

Kurz danach entsprach das Ausmaß des Störverhaltens dieses Jungen dem eines normalen Kindes.

In der 18. Behandlungswoche wurde eine gegenseitige Zuneigung zwischen Mutter und Sohn beobachtet. Zwei Jahre später war das Verhältnis zwischen beiden vollkommen verändert und sehr positiv.

Eine weitere, ganz ähnlich angelegte Fallstudie von BERNAL, M.E., DURYEE, J., PRUETT, H., BURNS, B. (1968) konnte ebenfalls sehr zufriedenstellen abgeschlossen werden. Zu dem positiven Abschluß der Studie hat sicherlich die von dem Autor mehrfach erwähnte, sehr gute Kooperationsbereitschaft der Mutter beigetragen.

Bezüglich der Kinder ist der Umstand, daß ihr Störverhalten sowohl in der Klinik als auch zuhause sehr häufig auftrat, als günstig anzusehen. Die Eltern hatten so Gelegenheit, möglichst oft einzugreifen und die neu gelernten Strategien anzuwenden. Zusätzlich hat sich die Arbeit mit dem Video-Gerät als sehr hilfreich erwiesen. Die Filmaufzeichnungen erlaubten eine genaue Analyse der Mutter-Kind-Interaktionen und boten gleichzeitig die Möglichkeit, den Eltern regelmäßig eine sehr anschauliche Rückmeldung über ihr Verhalten zu geben.

Auch in meiner eigenen Untersuchung sind mit dem Einsatz des Video-Gerätes sehr positive Erfahrungen gemacht worden (siehe S. 229).

Die Mehrzahl der bislang beschriebenen Untersuchungen sind erfolgreich abgeschlossen worden. Wesentlich dazu beigetragen hat sicher nicht zuletzt die Tatsache, daß bei den behandelten Patienten immer lediglich Verhaltensmodifikationen vorgenommen worden sind; oder es ist die Erweiterung eines bereits vorhandenen, recht stabilen Verhaltensrepertoires angestrebt worden.

Überdeutlich wird dieser Tatbestand einer relativ 'gesunden' Ausgangsbasis in der Patientengruppe durch die Studien von HALL, R.V., CRISTLEX, C., CRANSTON, SS., TUCKER, B. (1970) und HALL, R.V., AXELROD, S., TYLER, L., GRIEFE, E., JONES, F.C., ROBERTSON, R. (1972), in denen die Eltern z. B. das Therapieziel hatten, ein Kind zum regelmäßigen Spielen eines Instruments anzuhalten, sich bei der Morgentoilette zu beeilen u. ä. oder wie bei BENTLER, P. M. (1962), der mit Erfolg versucht hat, einem sehr kleinen Kind die Scheu vor dem Badewannenwasser zu nehmen.

In keinem der referierten Fälle war es notwendig, Verhaltensweisen völlig neu aufzubauen, wie es zum Beispiel in der Arbeit mit schwer retardierten oder autistischen Kindern geschieht. Bei solchen Behandlungen ist es sehr viel schwieriger, Erfolgsnachweise zu erbringen. Sie sind zeitlich aufwendiger und wesentlich anstrengender.

In anderen Untersuchungen wiederum ist deutlich geworden, daß selbst massive Störverhaltensweisen, die über eine lange Zeit bestehen, verändert werden können, wenn zwischen dem Problemkind und seiner Bezugsperson eine ganz positive Beziehung besteht.

Ein sehr schönes Beispiel hierfür ist der Fallbericht von R.J. WETZEL (1966), der einen schwer verwahrlosten Jungen mit Unterstützung einer alten Heimköchin, die als

einzigste positive Bezugsperson des Jungen galt, erfolgreich behandelte. Die leibliche Mutter des Jungen, die ein völlig gestörtes Verhältnis zu ihrem Sohn hatte, wurde von der Intervention ganz ausgeschlossen.--Ein ähnliches Vorgehen wählte C.J. HOLLAND (1969), der die Behandlung eines siebenjährigen Jungen, der im Hause seiner Eltern Feuer legte, ganz allein vom Vater durchführen ließ, da die Mutter das Kind zum Zeitpunkt der Behandlung völlig ablehnte. An der Beziehung zwischen Mutter und Sohn ist dann erst später gearbeitet worden.

In manchen Fällen war es notwendig, zunächst einmal die Beziehung zwischen Eltern und Kind zu verbessern, um mit ihnen arbeiten zu können.

PATTERSON, G.R., LITTMAN, R.A., BRICKER, W. (1967) konnten die Beziehung zwischen einem emotional stark gestörten fünfjährigen Jungen und seiner Mutter durch Modellverhalten des Therapeuten und gleichzeitige Verstärkung der Mutter durch Geld positiv verändern.

ALLEN, K.E., HARRIS, F.R. (1966) versuchten die Beziehung zwischen einem kleinen Mädchen, das sich selber Kratzwunden zufügte, und seiner Mutter durch Zuhilfenahme einer Münzökonomie zu verbessern, da die Mutter überhaupt nicht imstande war, in irgendeiner Weise positiv auf das Kind zuzugehen.

Der Erfolg war schwankend und blieb schließlich aus, als die Mutter aufgehört hatte zu kooperieren. Die Mutter war außer durch ihr Kind auch durch die Beziehung zu ihrem Mann stark belastet, so daß die isolierte Arbeit an der Beziehung zu ihrer Tochter für diese Frau wenig hilfreich war.

Für den Erfolg einer Behandlung ist nicht nur die Interaktion zwischen den behandelten Partnern, sondern auch deren weitere soziale Umwelt von Bedeutung und muß von vornherein bei der Therapieplanung und auch bei der Nachbetreuung mit berücksichtigt werden (s. S. 31, 79, 81, 213).

Das ist in den verhaltenstherapeutischen Arbeiten bislang zu selten geschehen, aber doch von großer Wichtigkeit, denn meistens ist das Therapieprogramm ja nur ein erster Schritt in einer Kette von noch folgenden Verhaltensän-

derungen. Die Therapie muß daher zu einem adäquaten Grundbaustein gestaltet werden, auf dem der Patient aufbauen und den er sinnvoll für sich verwerten kann.

Dem Therapeuten kommt in diesem Prozeß die Rolle des Helfers zu. Er gibt Anregungen, die aufgegriffen werden können; wirklich etwas verändern - sei es ihr eigenes Verhalten oder das ihrer Kinder - können jedoch nur die Eltern selbst, und sie sind es auch, die die letzte Verantwortung für sich und ihr Kind tragen.

"Therefore it is not the task of the therapist to assume the full burden of "treatment" and in the process allow the parents to relinquish their responsibility, but it is the therapist's task to help the parent directly to be more effective in carrying out a parent's moral, ethical and legal obligation to care for his child."

(BERKOWITZ, B.P., GRAZIANO, A.M., 1972)

2. Die Betreuung von Eltern in Gruppen

Da die Arbeit am Einzelfall sich als sehr aufwendig erwies, sind viele Therapeuten dazu übergegangen, Eltern in Gruppen zu trainieren und sie die Behandlung ihres Kindes selbst durchführen zu lassen. 1969 veröffentlichten TERDAL, L. und BUELL, J. Vorschläge zu einem Therapieprogramm für Eltern mit retardierten Kindern. M.W. HISLOP gab 1971 einen Ratgeber für Eltern mit verhaltensgestörten Kindern heraus.

Manche der Programme sind so angelegt, daß der Therapeut das Kind selbst nie kennenlernt (HOLLAND, C.J., 1969; MIRA, M., 1970).

Die erste Beschreibung des Trainings in einer Elterngruppe stammt von WALDNER, L., COHEN, S.J., BRETER, D.E., DATSON, P.G., HIRSCH, J.S., LEIBOWITZ, M.M. (1971). Alle folgenden Arbeiten sind nach einem ganz ähnlichen Muster aufgebaut. Das Lernprogramm umfaßt drei Schritte:

- a) Verhaltensbeobachtung: die Eltern lernen, Verhalten zu beobachten und Daten zu erheben.
- b) Vermittlung von Lernprinzipien: die Eltern erhalten theoretischen Unterricht; es wird darauf geachtet, die Diskussionen sehr konkret, mit anschaulichen Beispielen zu führen.
- c) Verhaltensbeobachtung und Lernprinzipien werden wiederholt und gleichzeitig über Supervision von den Eltern zuhause angewandt.

WALDER, L. et al. unternahmen auch einen ersten, unsystematischen Versuch, mit beiden Eltern direkt in der Familie zu arbeiten, führen ihn in ihrer Veröffentlichung jedoch nicht weiter aus.

Die ersten umfassenden Untersuchungen, in denen die Eltern in Gruppen unterrichtet und für die praktische Arbeit angeleitet wurden, während die Behandlung in der natürlichen Umwelt des Kindes durchgeführt wurde, stammen von G.R. PATTERSON und seinen Mitarbeitern.

Diese Therapeutengruppe geht bei ihrer Elternarbeit von der Annahme aus, daß die meisten Störverhaltensweisen der Kinder durch positive soziale Verstärker aus der Umwelt erworben und aufrechterhalten werden. Der sicherste Weg, die Rate kindlichen Störverhaltens zu reduzieren, ist daher die Veränderung der Bekräftigungstendenzen, die von den unmittelbaren Bezugspersonen des Kindes bereitgehalten werden. Für die Intervention wiederum ist wichtig, daß Eltern lernen, erwünschtes Verhalten ihrer Kinder durch Verstärker aufrechtzuerhalten und Störverhaltensweisen durch Ignorieren oder, wenn notwendig, durch aversive Konsequenzen zu reduzieren.

Es überrascht und enttäuscht etwas, daß auch PATTERSON und seine Mitarbeiter das einfache Bekräftigungsmodell in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen. Zumal die Autoren in einer Vorstudie, deren Hauptinteresse bereits dem Verhalten aggressiver Kinder galt, aufgrund ausführlicher Interaktionsbeobachtungen betonen, daß das Erlernen

aggressiver Verhaltensweisen über die Bekräftigung hinaus durch den emotionalen Zustand bestimmt sei, der das aggressive Verhalten begleitet, und dazu auffordern, bei Therapiestudien mehr als nur die Bekräftigungsmuster zu berücksichtigen (PATTERSON, G.R. et al., 1967).

Auf die PATTERSON-Untersuchungen soll hier dennoch etwas näher eingegangen werden, da Diagnostik und Intervention von Eltern und Kindern von dieser Therapeutengruppe auf einem offenbar umfassenden therapeutischen Erfahrungshintergrund und mit besonderer Sorgfalt durchgeführt worden sind.

Durch das PATTERSON-Projekt sind von 1968 bis 1972 27 Familien betreut worden. Fünf Therapeuten und fünf Assistenten arbeiteten jeweils zwei Jahre oder länger daran mit. Die Familien kamen meist aus einem niedrigen sozialen Milieu. Häufig war die Familie ohne Vater. Familien und Therapeuten entschieden gemeinsam über die Dauer der Therapie und die Art der Nachbetreuung.

Das Verhalten der Kinder wurde aus folgenden Erhebungen bestimmt:

- a) Einem Eingangsinterview.
- b) Der Beobachtung des Kindes in einer Standardsituation in der Klinik.
- c) Der Verhaltensbeschreibung durch die Eltern.
- d) Einer ausführlichen Verhaltensbeobachtung zur Bestimmung der Ausgangslage. Dabei werden von jeder Familie zehn Erhebungen zuhause gemacht und mitunter auch in der Schule, falls das Problemkind dort Schwierigkeiten hatte.

Nach Abschluß des Programms wurden zuhause oder in der Schule ein halbes bis ein Jahr lang Nacherhebungen durchgeführt, die zwei Sitzungen im Monat in Anspruch nahmen.

Für die Verhaltensbeobachtung stand das schon beschriebene 28-Kategorien-System von PATTERSON zur Verfügung (s. S. 37). Unter den Beobachtungskategorien befanden sich 14, die kindliche Fehlverhaltensweisen erfaßten. Am häufigsten waren darunter: Ungehorsam, Schwierigkeiten mit Geschwistern, Wutanfälle, Hyperaktivität, Lautsein, die Unfähigkeit, sich Gleichaltrigen anzuschließen.

Die Beobachtung wurde in der Küche oder im Eßzimmer der Familie während der Abendmahlzeit durchgeführt. Alle Familienangehörigen hatten sich verpflichtet, zu dieser Zeit anwesend zu sein.

Das eigentliche Trainingsprogramm sah folgendermaßen aus:

- a) Den Eltern wurden zunächst die Lernprinzipien und die damit verbundenen Termini vermittelt. Gleichzeitig waren sie angewiesen worden, die Elternanleitung von G.R. PATTERSON und M.E. GUILLON (1968) zu lesen.
- b) Dann lernten sie, das Verhalten ihrer Kinder zu beobachten und numerisch aufzuzeichnen. Hierzu wurden sie zuhause angeleitet.
- c) An der Demonstration des Interventionsprogramms nahm die ganze Familie teil. Bei der Ausführung der Strategie, wobei überwiegend die Verstärkung auf deviantes Verhalten reduziert und für sozial erwünschtes Verhalten neu gelernt werden mußte, fungierte der Therapeut zunächst als Modell. Die Familienmitglieder imitierten ihn.
- d) Schließlich führten die Familienmitglieder das Programm ohne die Anwesenheit des Therapeuten aus. Sie hatten jedoch regelmäßige Telefonkontakte mit ihm, in denen sie bei der Anwendung des Programms unterstützt wurden.
- e) In den Elterngruppen wurden die von den Eltern erhobenen Daten besprochen. Die Eltern lernten bestimmte Therapietechniken und entwickelten ihre Programme selber. Allgemein wurden acht bis zwölf solcher Gruppen-

sitzungen abgehalten.

Blieb nach zehn bis zwölf Wochen das Problemverhalten eines Kindes weiter unverändert, ging der Therapeut erneut in die Familie.

Wurde gleichzeitig ein Training in der Schule durchgeführt, so wurden dort meistens Aufmerksamkeit und Arbeitsverhalten trainiert. Dabei wurde ein Gleichaltriger als Lehrer eingesetzt.

In diesen Behandlungen sind zum Teil auch bestimmte Verhaltensweisen der Eltern verstärkt worden, zumeist mit Geld oder irgendwelchen Privilegien.

Bei einer Gruppe von elf Familien, die von J.B. REID und G.R. PATTERSON (1973) beschrieben worden sind, wurden folgende Ergebnisse erzielt:

Nachdem die Eltern die Handanweisung gelesen hatten, ist bereits eine leichte Abnahme des Zielverhaltens und anderer devianter Verhaltensweisen der Kinder beobachtet worden. Eine stärkere Abnahme war nach der vierten und der achten Intervention beobachtbar. Am Ende der Behandlung konnte ein Zurückgehen des Störverhaltens bis zu 64 % festgestellt werden. Bei neun der elf Familien ging das nicht erwünschte Verhalten um mehr als 30 % zurück. Die Reduktion um 30 % wurde als Kriterium für eine Besserung angesehen.

Die von den Eltern selbst durchgeführten Beobachtungen wiesen vergleichbare Ergebnisse auf.

Bei einer Befragung nach Abschluß der Behandlung gaben die meisten Eltern an, daß sie die positiven Veränderungen auf das Training zurückführten. Die Ergebnisse sind insgesamt als sehr positiv anzusehen.

Für jede Familie war ein individuelles Programm erstellt worden, so daß sie im Grunde wie Einzelfälle behandelt wurden. Um die gesamte Familie an der Behandlung zu beteiligen, sind mitunter Ideen entwickelt worden, die für einen Praktiker viele Anregungen enthalten. Dazu einige

Beispiele: In einer Familie sollten alle Kinder in das Programm einbezogen werden; alle Belohnungen, die das Problemkind verdiente, wurden daher unter ihm und den Geschwistern aufgeteilt.

In einem anderen Fall hatten die Geschwister zu zählen, wie häufig die Eltern das Störverhalten des Problemkindes ignorierten.

Wenn vorhanden, wurde immer der Vater aktiv in das Programm einbezogen. So beobachteten und belohnten zum Beispiel in einer Familie die Kinder ihren Vater.

Allgemein wurde festgestellt, daß zwischen dem Problemkind und seinen Geschwistern bezüglich der Auffälligkeit seines Verhaltens häufig kein Unterschied bestand, das heißt, die Familie hatte eine Etikettierung vorgenommen und das Problemkind als aggressives, krankes, ausagierendes Kind gesehen, während die Geschwister als normal oder durchschnittlich bezeichnet wurden.

Bei ein paar Müttern wurde eine sehr traurige Beobachtung gemacht: wenn eine Mutter keine Verstärkungen von anderen Erwachsenen erhält, da sie keine Verwandten und keine Freunde hat, von ihr aber 'Mutterverhalten' in hohem Maße gefordert wird, weil sie viele Kinder hat, verstärkt auch sie selbst ihre Kinder wenig. Sie lernt dies auch nur schwer und generalisiert nie, sondern straft, schreit und kommandiert (siehe den Fall der Mutter bei ALLEN, K.E. et al., 1966, S. 68).

Häufiger jedoch kam es vor, daß viele der Erwachsenen, die mit den Kindern lebten, an sich selbst sehr viel positivere Gefühle dem Kind gegenüber beobachteten, nachdem es sein Verhalten geändert hatte.

Gleichzeitig berichteten einige der Familien, daß das Problemkind selbst fürsorglicher geworden war und ganz entgegen seinem bisherigen Verhalten zum Beispiel gerne etwas besonders Nettes für die anderen Familienmitglieder tat.

Für den Leser ist es wohltuend, solche Eindrücke berichtet zu bekommen. Im Vergleich zu ihnen werden Kriterien

wie 'Erfolg bei Beendigung des Programms' oder 'Erfolg bei Followup', ausgedrückt in Verhaltensfrequenzen, zu ganz beziehungslosen Schätzungen des Ergebnisses. Es ist notwendig, zur Kontrolle des Verhaltens verschiedene Kriterien heranzuziehen.

Allerdings sind auch Mißerfolge beobachtet worden. 30 % der behandelten Familien haben keine Fortschritte gemacht oder sich sogar noch verschlechtert.

REID, J. B. und PATTERSON, G.R. (1973) haben diese Familien auf mögliche Gemeinsamkeiten hin untersucht und fanden folgendes: die Eltern waren weniger kooperativ als die übrigen Eltern und unfähig, auf das Verhalten ihrer Kinder in gleichbleibender Weise zu reagieren.

Bei den Kindern fanden sie die Tendenz, zwar weniger, aber sehr massive Störverhaltensweisen zu zeigen. Die meisten von ihnen waren durch **S t e h l e n** aufgefallen. - Es wurden daraufhin zehn Familien mit stehlenden Kindern genauer untersucht, um ein neues Trainingsprogramm für sie zu erstellen.

Die Autoren machten dabei folgende interessante Beobachtung: diese Eltern identifizierten das Stehlverhalten ihrer Kinder nicht als Diebstahl. Sie glaubten deren Geschichten, wenn sie ihnen zum Beispiel erzählten, sie hätten die neue Armbanduhr in einem hohlen Baum gefunden.

Ganz anders dagegen verhielt es sich bei den Kindern, die nicht stahlen, deren Störverhalten höchst aversiv für die Eltern war. Sie konnten es benennen und wollten es sofort ändern. - Vor der eigentlichen Behandlung mußten die Eltern der Stehler daher zunächst einmal lernen, jedes 'Stehlverhalten' als Stehlen zu identifizieren und sich bewußt zu machen, was ihr Kind tat (siehe dazu auch GOODMAN, E.O., 1975).

Es muß offenbar sehr schwer gewesen sein, diesen Eltern zu helfen, die unter extremen äußeren Bedingungen, wie zum Beispiel großer Armut, lebten und kaum elterliche Fähigkeiten hatten. In allen diesen Familien waren auch

für die Eltern Verstärker bereitgestellt worden. Sie bekamen Geld für gute Mitarbeit, vermehrte Anrufe von den Therapeuten und wurden von den Gerichten verschont.

Die ersten Ergebnisse der Behandlung waren positiv: die Kinder haben nach Beginn der Intervention weniger gestohlen oder sofort damit aufgehört.

Das Programm der PATTERSON-Gruppe ist mehrfach wiederholt worden, größtenteils mit ähnlich positiven Ergebnissen, zum Teil aber auch mit einigen Abweichungen. Von WALTER, H.J. und GILMORE, S.K. (1973) liegt eine Replikation sogar an Kindern mit vergleichbarer Symptomatik vor. In dieser Untersuchung ist die Trainingsgruppe mit einer Placebo-Gruppe verglichen worden, in der den Eltern unter Betonung des Ansehens der Institution Hilfe versprochen wurde. Die Eltern der Placebo-Gruppe wurden ohne Therapeuten gelassen und aufgefordert, über ihre Probleme zu sprechen.

Das Trainingsprogramm erbrachte ein sehr positives Ergebnis. Das deviante Verhalten der Kinder ging um 51 % zurück, während es in der Placebo-Gruppe noch um 37 % zunahm.

Die Autoren hatten außerdem in beiden Gruppen die Erwartung der Eltern bezüglich des Erfolges der Intervention überprüft und bis zum Ende der Behandlung keinen bedeutsamen Unterschied zwischen beiden Gruppen gefunden. Sie stellten lediglich fest, daß die Eltern der behandelten Gruppe mehr von sich aus Kontakt mit den Therapeuten aufnahmen. Prestige der Institution und Erwartungshaltung der Eltern sind also allein nicht ausreichend und für den Therapieerfolg keine so bedeutsamen Variablen wie mitunter angenommen wird.

Ebenfalls sehr erfolgreich verlief das in Anlehnung an PATTERSON entwickelte Interventionsprogramm von ALEXANDER, J.F. und PARSONS, B.N. (1973), die jugendliche Delinquente behandelten.

Durch das Trainingsprogramm wurden nicht nur die Interventionen in der Familie verbessert, auch die Rückfall-

rate der Jugendlichen ging zurück. Da es sich um eine sehr andere Patientengruppe handelte, sind jedoch einige Veränderungen vorgenommen worden. Zwischen Eltern und Jugendlichen wurden zum Beispiel Kontrakte abgeschlossen, die sich zunächst auf ein leichteres Vergehen bezogen und später auch schwerere beinhalteten. Bei Einhalten des Kontraktes kamen den Jugendlichen vorher vereinbarte Privilegien zu. Für die gesamte Familie wurden Regeln eingeführt, die befolgt werden mußten. Daneben konnten Bitten gestellt werden, bei deren Ablehnung keine Sanktion erfolgen durfte.

Außerdem wurde für die ganze Familie ein Münzsystem entwickelt, das orientiert war an den Wünschen eines Partners und den Forderungen des anderen an ihn. Die Autoren hatten sich darüber hinaus die Mühe gemacht, in Anlehnung an G.R. PATTERSON und M.E. GUILLON eine Elternanleitung zu schreiben, die speziell auf diese Patientengruppe zugeschnitten war. Sie wurde von den meisten Eltern gar nicht gelesen, vermutlich, weil sie bezüglich dieser Lektüre nicht genügend angeleitet und kontrolliert worden sind.

Allgemein werden die Handanweisungen für Eltern als sehr hilfreich angesehen. PATTERSON selbst, dessen Elternanleitung sehr unterstützend formuliert ist, indem er immer wieder betont, daß ein harmonisches Umgehen mit dem Kind gelernt werden kann, konnte bereits nach dem Lesen des Buches allein einen Abfall des kindlichen Störverhaltens beobachten (REID, J.B. et al., 1973).

Das Lesen des Buches - ohne konkrete Anleitung und Hilfestellung - ist sicher nicht ausreichend, es trägt jedoch zum Verständnis des Interventionsgeschehens bei.

Die negative Erfahrung J.F. ALEXANDERS und B.N. PARSONS erinnert lediglich daran, daß in der Elternarbeit nie veräußt werden sollte, auf jede Art der Anleitung möglichst viel Sorgfalt zu verwenden und immer wieder Kontrollen einzuplanen.

Auch die Anleitung der Eltern zur Verhaltensbeobachtung sollte sehr gründlich erfolgen und außerdem gut vorbereitet werden, wenn auf eine zuverlässige Datenerhebung Wert gelegt wird.

Während in der Literatur allgemein eher davon abgeraten wird, Verhaltensbeobachtungen von Eltern durchführen zu lassen, da sie als wenig zuverlässig gelten und nicht als Maß für den Behandlungserfolg verwendet werden sollten, erhielten REID, J.B. und PATTERSON, G.R. (1973) nach gründlichem Training und einer guten Aufbereitung des Beobachtungsmaterials von den Eltern sehr brauchbare Daten, die weitgehend mit ihren eigenen Beobachtungen übereinstimmten. Die Autoren hatten sich bemüht, das Beobachtungssystem möglichst einfach zu halten und waren mit globalen Angaben zufrieden: die Eltern hatten in einer Eigenschaftsliste Ankreuzungen vorzunehmen und jeden Tag ein ganz spezifisches Verhalten des Kindes in seiner Auftretenshäufigkeit zu registrieren. Außerdem wurden die Eltern regelmäßig kontrolliert: bei jedem Besuch wurden sie gefragt, ob bestimmte Probleme aufgetreten waren oder nicht. EYBERG, S.M., JOHNSON, S.M. (1974), die bei ihrer Replikation des PATTERSON-Programms (s. S. 26) keine Übereinstimmung zwischen der systematischen Verhaltensbeobachtung und den von den Eltern erhobenen Daten fanden und mit ihrer Intervention nicht so erfolgreich waren wie PATTERSON und seine Mitarbeiter, erklärten sich die Diskrepanzen dadurch, daß sie mit weniger gut ausgebildeten Therapeuten arbeiten mußten und weniger Zeit auf die einzelnen Eltern verwandten.

Auch eine weitere Wiederholung des PATTERSON-Trainings durch FERBER, H., KEELEY, S.M., SHENBERG, K.M. (1974) war nicht sehr erfolgreich. Nur in drei von sieben Familien gab es kurzzeitige Verbesserungen. Ein Jahr nach Abschluß der Behandlung lebte nur noch eine Familie ohne große Schwierigkeiten mit ihren Kindern. In der Diskussion ihrer Ergebnisse weisen FERBER, H. et al. (1974) darauf hin, daß in der Beurteilung des

Erfolges mitzuberücksichtigen sei, wieweit ein Programm auf die Veränderung einzelner Verhaltensweisen oder auf eine globale Veränderung abgestimmt sei. Sie halten in diesem Zusammenhang das Beobachtungssystem von PATTERSON, das einzelne Verhaltensweisen und ihre Veränderung erfaßt, immer noch für zu einfach, da bestimmte Verhaltensauffälligkeiten des Problemkindes im breiteren Kontext von Familienschwierigkeiten auftreten, so zum Beispiel Eheschwierigkeiten, Feindseligkeiten dem Kind gegenüber und ähnliches. Dabei kann zum Beispiel das spezifische Verhalten 'Ungehorsam' zurückgehen, ohne daß die eigentlichen Schwierigkeiten berührt werden. Erinert sei an den Fall des autoaggressiven kleinen Mädchens bei ALLEN, K.E. et al. (1966) (S. 68). Ähnlich verhält es sich mit dem Jungen Harald in meiner eigenen Untersuchung (s. S. 218; s. auch S. 31, 81). Hierbei handelt es sich ohne Zweifel um einen schwachen Punkt des PATTERSON-Programmes.

Nun sind Trainings dieser Art, auch wenn sie an der Veränderung einzelner Verhaltensweisen arbeiten, immer auf eine globale Veränderung ausgerichtet und streben eine Harmonisierung in den Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder an (s. S. 7).

In einigen der von PATTERSON und seinen Mitarbeitern behandelten Familien, die, wie schon erwähnt, eine sehr individuelle Therapie erhielten und sehr sorgfältig betreut wurden, ist das Ziel erreicht worden (s. S. 74). Zu fordern ist daher, Trainingsprogramme dem Bedarf der einzelnen Familien entsprechend noch flexibler zu gestalten.

Ein zweites, bereits erwähntes Dilemma, das hier wieder anklingt, ist die Erfolgskontrolle (s. S. 42, 213).

Auch PATTERSON und Mitarbeiter haben, wie von FERBER zu Recht kritisiert wird, nur einzelne Verhaltensweisen systematisch kontrolliert. Umfassendere, emotionale Veränderungen wie z. B. "Eltern haben eine sehr viel liebevollere Einstellung ihrem Kind gegenüber gewonnen" oder "ein Junge kümmert sich in fürsorglicher Art um die anderen Familienangehörigen" werden nur in anekdotenhaften Beispielen berichtet (s. S. 74). Dasselbe gilt für negative emotionale Einstellungen, die eine gestörte Beziehung anzeigen.

Wünschenswert wäre ohne Zweifel eine umfassendere Objektivierung, die Veränderungen in den Gefühlen und Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder zueinander mitbeinhaltet. Daß neben den Veränderungen in einzelnen Verhaltensweisen auch gefühlsmäßige Veränderungen eingetreten sind, wird bereits aus den wenigen Beispielen offensichtlich und sollte in die Erfolgskontrolle mit aufgenommen werden.

Ebenso wichtig wie der Behandlungserfolg selbst die **G e n e r a l i s i e r u n g** des neu Gelernten über die Therapie hinaus.

In einer der letzten, in Anlehnung an PATTERSON durchgeführten Untersuchungen verglichen GLOWGOWER, F. und SLOOP, E.W. (1976) zwei Elterngruppen miteinander, von denen die erste theoretischen Unterricht in den Lernprinzipien erhielt und gleichzeitig ihre praktische Anwendung lernte, während die zweite Gruppe nur in der praktischen Anwendung trainiert wurde.

In beiden Gruppen konnten positive Veränderungen nachgewiesen werden. Jedoch fanden die Untersucher in der ersten Gruppe eine bedeutend bessere Generalisierung des elterlichen Verhaltens auf die anderen Kinder der Familie, sowie auf verschiedene Situationen und Verhaltensweisen. Beobachtet wurde bei ihnen außerdem ein größeres Überdauern des Gelernten, denn Eltern und Kinder zeigten während der Nachuntersuchung noch weiterhin Verbesserungen, während die Kinder der zweiten Gruppe sich wieder etwas verschlechtert hatten.

Das Training scheint demnach effektiver zu sein, wenn Eltern neben der sicher ganz wichtigen praktischen Ausföhrung auch den theoretischen Hintergrund vermittelt bekommen und Einsicht in das theoretische Konzept nehmen können.

Der Befund ist den Erfahrungen vergleichbar, die andere Autoren mit dem Lesen von Handanweisungen hatten (s. S. 77). Offenbar erleichtern theoretische Kenntnisse das selbständige Handeln in vorher nicht geübten

Situationen und im Umgang mit neuen Partnern.

Am häufigsten wurde bisher die *z e i t l i c h e* *G e n e r a l i s i e r u n g* kontrolliert. In den meisten Untersuchungen ist die Aufrechterhaltung des Behandlungserfolges nach Abschluß der Behandlung in *N a c h u n t e r s u c h u n g e n* festgehalten worden. Die Ergebnisse sind allgemein sehr positiv, selbst bei Nachuntersuchungen mit einer Zeitspanne von einem Jahr (BERNAL, M.E., 1968; FERBER, H., et al., 1974; PATTERSON, G.R., 1974).

G.R. PATTERSON und seine Mitarbeiter haben ihre Nachuntersuchungen noch unter einem anderen Aspekt durchgeführt. Sie wollten den weiteren Verlauf der Familie im Auge behalten und haben bei einem Rückfall erneut ein Training eingeleitet.

Aus Kostengründen sind diese Nachuntersuchungen größtenteils per Telefon durchgeführt worden.

Für die Befragung hat R. JONES (1974) ein knappes, überwiegend am Symptom orientiertes Interview zusammengestellt. Es besteht z. T. aus offenen Fragen, z.T. aus aufgelisteten Störverhaltensweisen und ist leicht durchführbar.

Von der PATTERSON-Gruppe werden aus den einzelnen Familien sehr unterschiedliche Erfahrungen berichtet. Bestanden in der Familie z. B. Eheschwierigkeiten, war es sehr viel schwerer, den Behandlungserfolg aufrechtzuerhalten als in einem relativ gesunden Familiengefüge (s. dazu auch die Argumentation von H. FERBER et al., 1974, S. 79; OLTMANN, T.F. et al., 1977).

Über Veränderungen in *a n d e r e n* *V e r h a l t e n s w e i s e n* als dem Zielverhalten wird selten berichtet.

ZEILBERGER, J. et al. (1968) beschreiben in ihrer Fallstudie (s. S. 62) die Reduktion von zwei Störverhaltensweisen (Schreien und Herumkommandieren), die nicht gezielt behandelt worden sind.

PATTERSON, G.R. (1974) hat in seinen Untersuchungen keine bedeutsame Abnahme in den nicht-behandelten Fehlverhaltensweisen gefunden.

In einigen Untersuchungen ist die Generalisierung auf andere Situationen kontrolliert worden. Zur Überprüfung wurde meistens das Verhalten in der Therapiesituation mit dem Verhalten des Kindes zuhause verglichen.

Die Datenerhebung war sehr unterschiedlich, z. T. wurden auch zuhause systematische Beobachtungen durchgeführt (EYBERG, S.M. et al., 1974), z. T. stützten sich die Untersucher auf Berichte von Verwandten, Freunden oder Nachbarn (FOREHAND, R., KING, H.E. 1974; KIFER, R.E., LEWIS, M.A., GREEN, D.R., PHILLIPS, E.L., 1974; REISINGER, J.J., ORA, J.P., 1977; s. auch die eigene Untersuchung).

Allgemein sind gute Generalisationseffekte berichtet worden. Mitunter mußte die Generalisierung auf die Situation zuhause durch den Therapeuten selbst eingeleitet werden (ROBIN, A.L., 1977).

MILLER, S.J., SLOANE, H.N. (1976), die mit sprachgestörten Kindern arbeiteten, haben zuhause erst einen Generalisationseffekt beobachtet, nachdem die Eltern aktiv in die Behandlung miteinbezogen worden waren und einen besonderen Behandlungsplan für zuhause erhalten hatten.

Schwierigkeiten bereitet es offenbar, einen Generalisierungseffekt auf das Verhalten in der Schule zu erzielen. Von S.J. MILLER wurde er nur in einem der fünf behandelten Fälle erreicht.

Andere Untersucher haben ähnliche Probleme gehabt und daher von vornherein, gleichzeitig mit dem Programm für die Eltern, eine Behandlung für die Schule geplant, falls die Kinder dort Auffälligkeiten zeigten (PATTERSON, G.R. et al., 1968; NOLAN, J.D., PENCE, C., 1970; RADIN, N., 1972; WOLF, M., RISLEY, T., JOHNSON, M., HARRIS, F., ALLEN, E., 1967).

WAHLER, R.G. (1965), der eine Behandlung im Elternhaus durchführte und dabei positive Veränderungen bei Eltern und Kindern feststellen konnte, beobachtete Verbesserungen in der Schule erst ab dem Zeitpunkt, als er auch dort eine Intervention einleitete.

In einer späteren Untersuchung führte R.G. WAHLER (1969) ein Elterntaining in der Klinik durch und beschränkte sich zuhause und in der Schule auf Verhaltensbeobachtungen. Das Training wurde nach dem A B A - Plan durchgeführt. In jeder der Behandlungsphasen wurde zuhause ein deutlicher Rückgang des Störverhaltens gegenüber den vorangegangenen reinen Beobachtungsphasen festgestellt. Dagegen nahm in der Schule das Störverhalten zu.

Während der Nachuntersuchung blieb das Störverhalten interessanterweise sowohl zuhause als auch in der Schule niedrig.

WAHLER nimmt an, daß der verzögerte Effekt in der Schule durch die Interaktion mit den Klassenkameraden bedingt war. Sie veränderten ihr Verhalten dem Patienten gegenüber erst, als sie festgestellt hatten, daß er sich geändert hatte, während die Eltern zuhause von vornherein Instruktionen für ihr Verhalten dem Kind gegenüber bekommen hatten.

Die Generalisierung auf Situationen außerhalb der Therapie wie Elternhaus und Schule sollte mit Eltern und Lehrern gemeinsam geplant und trainiert werden.

Das kann ohne allzugroßen Aufwand in Diskussionsgruppen oder Beratungsgesprächen geschehen.

Hilfreich sind dabei schriftliche Instruktionen, die die Eltern an in der Therapie Gelerntes erinnern und Vorschläge für die häusliche Situation beinhalten.

Sehr anregend ist der von M.K. WAGNER (1968) vorgeschlagene, ganz pragmatische Plan für Eltern. Darin ist vorgesehen, daß mit den Eltern gemeinsam erarbeitet wird, welches Verhalten des Kindes sie mögen, welches sie nicht mögen und wie sie selber auf bestimmte

Verhaltensweisen des Kindes eingehen können. Alles wird schriftlich festgelegt.

Zur Generalisierung auf das Verhalten der G e - s c h w i s t e r eines Problemkindes gibt es nur wenige Untersuchungen LAVIGUEUR, H. et al. (1973) (s. S. 64) und BERNAL, M.E. (1968) (s. S. 65,66) stellten jeweils nur bei einem Fall der von ihnen behandelten Patienten Veränderungen auch bei einem Geschwisterkind fest.

PATTERSON, G.R. (1973) konnte keine Abnahme des devianten Geschwisterverhaltens feststellen.

Hier fehlen offenbar noch ausführlichere Untersuchungen, denn eigentlich ist anzunehmen, daß auch die Geschwister ihr Interaktionsmuster untereinander ändern und sich gegenseitig helfen können, wenn das Problemkind sich geändert hat, nur muß die Generalisierung des Therapiegeschehens auf die Geschwister ebenfalls in den Behandlungsplan miteinbezogen werden. Den Eltern können z. B. spezielle Aufgaben für die Geschwister erteilt werden u. ä. (O'LEARY, K.D., O'LEARY, S., BECKER, W.C., 1967).

Soll der Therapieerfolg überdauern, so ist es sicherlich notwendig, auch den Vater in das Trainingsprogramm miteinzubeziehen.

PATTERSON und seine Mitarbeiter haben ohne diese Voraussetzung gar nicht gearbeitet, es sei denn, die Familie lebte ohne den Vater.

Auch SCHOPELER, E., REICHLER, R.J. (1971), die über ein sehr sorgfältig durchgeführtes Langzeitprogramm mit psychotisch gestörten Kindern berichten, weisen auf die Notwendigkeit der Einbeziehung des Vaters hin.

Sie haben die interessante Erfahrung gemacht, daß die Mütter zwar insgesamt mehr mitgearbeitet haben als die Väter, die Väter aber oft sehr viel schneller imstande waren, das Kind zu begreifen und wirklich zu sehen. Sie lernten daher auch schneller, effektiv mit dem Kind umzugehen.

Die Mütter dagegen waren durch ihr ständiges Beisammensein mit dem Kind völlig erschöpft und hatten die Hoffnung aufgegeben.

Dennoch ist eine eindeutige Besserung im Verhalten des Kindes erst beobachtet worden, als auch die Mütter das Programm beherrschten und engagiert mitarbeiteten.

Von Einfluß auf die Generalisierung neu erlernter Verhaltensweisen ist sicherlich die Kooperationsbereitschaft der Eltern und ihr eigenes Bemühen, etwas zu ändern.

Sind die Kinder etwas älter, so kann der Generalisierungsprozeß begünstigt werden, wenn auch sie aktiv in die Therapieplanung einbezogen und für stärkeres Engagement motiviert werden. Hierzu werden positive Erfahrungen berichtet (ALVORD, J.R., 1971; GALLON, S.L., JONES, R.R., 1972; GUZZETTA, A., 1976; STRAUGHAN, J.H., 1964).

Die bisherigen Ausführungen legen dem Untersucher nahe, verschiedene Möglichkeiten der Generalisierung zu planen und mit der Familie zu trainieren. Daß dies bislang so selten geschehen ist, liegt vor allem daran, daß die praktische Durchführung und Kontrolle sehr aufwendig und in der natürlichen Umwelt auch sehr schwierig ist.

In den bisher geschilderten Untersuchungen haben Eltern in Gruppen Anleitungen oder Rückmeldung für ihr Verhalten bekommen. Sie sind meistens jedoch gleichzeitig auch als Individualfall behandelt worden, wenn Einzelsitzungen in der Klinik parallel liefen oder wie in den PATTERSON-Studien jede Familie zunächst einmal mit ihrem Trainingsprogramm vertraut gemacht wurde.

In der Untersuchung von KAROLY, P., ROSENTHAL, M. (1977) wurden die Eltern ausschließlich in Gruppen trainiert und für die Behandlung zuhause vorbereitet.

Die Intervention bestand aus zehn Gruppensitzungen, die in drei Phasen eingeteilt waren:

- a) In der Gesamtgruppe (9 Familien) wurden die Eltern in den Lernprinzipien unterrichtet. Zur Veranschaulichung wurden Rollenspiele durchgeführt. Sie lernten die Spezifizierung von Verhaltensweisen und deren Protokollierung.
- b) Danach erfolgte eine Einteilung in kleinere Gruppen, denen jeweils ein Therapeut zugeordnet war, um die in der großen Gruppe aufgetauchten Fragen zu besprechen und an individuellen Programmen zu arbeiten.
- c) Zur Besprechung der Evaluierung kam die Gesamtgruppe wieder zusammen.

In den Familien wurden von trainierten Beobachtern systematische Verhaltensbeobachtungen durchgeführt, die an dem Beobachtungssystem von PATTERSON orientiert waren. Die Behandlung selbst lag ganz in den Händen der Eltern. Die Trainingsgruppe wurde mit einer Kontrollgruppe verglichen, wobei insgesamt sehr positive Ergebnisse erzielt wurden:

Die Eltern der behandelten Gruppe zeigten nach dem Training mehr Kohäsion in ihrer Familie als die Eltern der Kontrollgruppe (anhand der "Family Environment Scale" von MOOS, R., 1975).

Die Eltern selbst beobachteten nach der Behandlung weniger Störverhaltensweisen bei ihren Kindern als vorher.

Ihre direkten Beobachtungen zeigten eine durchschnittliche Abnahme des Störverhaltens der Kinder von 34 % (7 - 60 %). Sechs der neun behandelten Familien erreichten das Therapieziel nach nur fünf Wochen.

Die Ergebnisse der Eltern wurden durch objektive Beobachtungen in der Familie unterstützt. Sie ergaben eine bedeutsame Abnahme in der Trainingsgruppe von sogar durchschnittlich 59 %, während bei den Kindern der Kontrollgruppe keine Reduktion festgestellt werden konnte.

Dieses Niveau wurde während einer einmonatigen Nachuntersuchung aufrechterhalten.

Auch RINN, R.C., VERNON, J.C., WISE, M.J. (1975) erzielten in einem Elterntraining, das ganz auf die Arbeit in Gruppen beschränkt worden war, sehr positive Resultate.

CARRETER, R.L., AUGUSTINE, L.E. (1973) gelang es, Eltern von sprachgestörten Kindern in einer zweitägigen Anleitung so zu unterrichten, daß sie imstande waren, das durch verhaltenstherapeutische Techniken verbesserte logopädische Programm für ihre Kinder selbst zu übernehmen.

In den letzten Jahren ist eine Reihe groß angelegter Untersuchungen durchgeführt worden, bei denen, ausgehend von einem allgemeinen Interventionsprogramm, Eltern und Lehrer sich neben den Therapeuten selbst stark an der Therapie ihrer Kinder beteiligten, so daß eine große Anzahl von Patienten behandelt werden konnte.

Sehr viele dieser Programme bieten Hilfe für Eltern retardierter Kinder (FINGARDO, N.L., KINI, J.F., STEWART, K., 1970; FREDERICKS, H.D., 1971; HOFMEISTER, A.M., LATHAM, G., 1971; KURTZ, P.S., COOK, C., FAILLA, J., 1972; SMITH, J.A., RUBIN, G., Di LEONARDO, C.M., 1972; ROSE, S.D., 1974; SEITZ, S., MOEKENGA, R., 1974; WATSON, L.S., BASSINGER, J.F., 1974; FIELDS, S., 1975) und versuchen, Sprache, motorische Koordination, Selbstversorgung, Sozialverhalten und intellektuelle Fähigkeiten zu trainieren. Diese Trainings sind häufig mit dem Ziel geplant worden, den Eltern zu ermöglichen, ihr Kind zuhause in der Familie aufwachsen zu lassen, statt es in einer Institution unterbringen zu müssen.

Die genannten Untersuchungen haben zu erstaunlich positiven Ergebnissen geführt. Die Eltern selbst erlebten das in dem Training Gelernte als hilfreich. Die beteiligten Therapeuten sahen trotz viel Organisations- und Papierarbeit in diesem Vorgehen einen guten Weg, Eltern mit ihrem behinderten Kind rasch helfen zu können.

Auch für die Behandlung emotional gestörter Kinder und ihrer Eltern haben sich standardisierte Programme als effektiv erwiesen (FEIGHNER, A.C., FEIGANER, J.P., 1974; SANDERS, S., 1974). Ihnen wird den traditionellen Beratungsgesprächen gegenüber allgemein der Vorzug gegeben.

Für besonders schwierige Fälle ist mitunter Hilfspersonal ausgebildet worden, um die Eltern bei der Ausführung ihrer Programme zu unterstützen. Bei kleineren Kindern sind z. T. Studenten hinzugezogen worden (KEELEY, S.M., SHERBERG, K.K., FERBER, H., 1973; ROUSE, B.M., FARB, J., 1974; SUINN, R.M., 1974), während für die Arbeit von Eltern mit delinquenten Jugendlichen eher Sozialarbeiter in verhaltenstherapeutischen Techniken ausgebildet worden sind. Sehr häufig besteht ihre Aufgabe in der Durchführung rein organisatorischer Aufgaben, z. B. dafür zu sorgen, daß der Jugendliche ein eigenes Zimmer erhält u.ä..

Oft wiederum versuchen sie, durch Modellverhalten den Eltern bei der Ausbildung neuer Verhaltensweisen ihren Kindern gegenüber zu helfen.

DOHERTHY, G. (1975) schildert zwei Fallberichte, die die Notwendigkeit solcher Unterstützung sehr deutlich veranschaulichen.

TEICHER, J.D., SINAY, R.D., STUMPHAUER, J.S. (1976) haben Gemeindearbeiter in Familien mit jugendlichen Alkoholikern eingesetzt und berichten recht ermutigende Ergebnisse.

Als schwieriger erwies sich der Einsatz von Sozialarbeitern für die Familien, in denen Kindesmißhandlungen vorgefallen waren. Die Sozialarbeiter zeigten einen starken Widerstand mit diesen in der Regel sehr negativ eingestellten Eltern zu arbeiten. HOLMES, S.A., BARNHART, C., CANTONI, L. (1975) besprechen Möglichkeiten, wie mit diesen Familien gearbeitet werden kann.

Allgemein ist das Hinzuziehen von Co-Therapeuten im verhaltenstherapeutischen Elterntraining als positiv und

vielfersprechend anzusehen, wie ja auch die Einbeziehung der Eltern selbst.

Die verhaltenstherapeutischen Methoden sind leicht erlernbar. Sie können in Gruppen vermittelt werden, so daß mehrere Personen gleichzeitig unterrichtet werden können. Viele der kindlichen Störverhaltensweisen, die behandelt werden sollen, sind klar definierbar und somit therapeutisch zugänglich. Gleichzeitig bietet der Einsatz von Eltern und Co-Therapeuten den Vorteil, daß die Behandlung in der natürlichen Umwelt durchgeführt werden kann.

Z u s a m m e n f a s s u n g

In der bisher vorliegenden Literatur zum verhaltenstherapeutischen Elterntraining werden überwiegend Einzelfallstudien berichtet, in denen, je nach Umweltsituation und vorliegender Problematik ein Programm für den Einzelfall erarbeitet worden ist.

Ausgehend von umgrenzten Ängsten und sozialen Störungen sind Eltern mit zunehmender Erfahrung für die Behandlung aller denkbaren Symptomkreise vorbereitet worden, sowohl im Bereich emotionaler Störungen als auch dem geistiger Retardierungen.

Ausgehend vom Konzept des operanten Konditionierens sind die Eltern mit dem Umgang verschiedener therapeutischer Methoden vertraut gemacht worden.

Am häufigsten wurde mit sozialer Verstärkung gearbeitet, ein Prinzip, das während der Intervention und in natürlichen Interaktionen einfach zu handhaben ist. Eltern müssen allerdings auf diese Möglichkeit hingewiesen werden, da sie dazu neigen, kooperatives Verhalten ihrer Kinder als selbstverständlich anzusehen und nicht zu verstärken und stattdessen das Verhalten der Kinder durch negative Konsequenzen zu kontrollieren.

In einer ganzen Reihe von Einzelfallstudien sind Veränderungen im Verhalten der Kinder durch gezieltes

Einsetzen der Aufmerksamkeit der Mütter als eine Art der sozialen Verstärkung erreicht worden.

Um Verhaltensänderungen zu erzielen, hat in vielen Fällen die Verstärkung der erwünschten Verhaltensweisen allein nicht ausgereicht, so daß zusätzlich mit einer milden Strafe, meistens der "Aus-Zeit"-Prozedur gearbeitet werden mußte.

Zu selten sind Eltern vermutlich durch das Modellverhalten des Therapeuten angeleitet worden, das sich immer da, wo es praktiziert worden ist, als sehr effektiv erwiesen hat.

Allgemein ist als günstig anzusehen, mehrere Behandlungsmethoden miteinander zu kombinieren und die therapeutische Arbeit durch Hilfsmittel wie Handbücher für Eltern und die Verwendung einer Video-Anlage zu veranschaulichen und zu erleichtern.

Der Therapieerfolg stellt sich schneller ein, wenn die Beziehung zwischen Eltern und Kind positiv ist und die Störverhaltensweisen des Kindes in erster Linie durch Erziehungsfehler der Eltern zustandegekommen sind. In den meisten Fällen liegen jedoch Bitterkeit und Verhärtung auf beiden Seiten vor, so daß das gegenseitige Akzeptieren durch die Behandlung erst wieder gelernt werden muß.

Es sollte nicht außer Acht gelassen werden, daß verhaltenstherapeutische Interventionen, die über die Veränderung von Verhaltensweisen arbeiten, immer auch die Veränderung der emotionalen Beziehung zwischen den beteiligten Partnern anstreben. Dabei ist bislang die Einbeziehung des weiteren sozialen Umfeldes zu sehr vernachlässigt worden.

Bei der Therapiekontrolle sollte diesem Sachverhalt Rechnung getragen werden. Die bisher übliche Messung der Veränderung einzelner Verhaltensweisen allein ist als nicht ausreichend anzusehen.

Über die gewünschte Generalisierung des Therapieerfolges ist bislang wenig systematisch gearbeitet worden. Am ehesten gesichert ist das zeitliche Überdauern des

Therapieeffektes nach Abschluß der Behandlung.

Die Generalisierung auf andere Verhaltensweisen, Situationen oder Personen ist häufig nicht geglückt. Generalisierungsprozeduren sollten daher mit in das Training eingebaut werden.

In späteren Untersuchungen ist dazu übergegangen worden, Eltern in Gruppen zu betreuen.

Das sehr sorgfältig ausgearbeitete und häufig replizierte Trainingsprogramm von G.R. PATTERSON und seinen Mitarbeitern ist zum überwiegenden Teil noch ein individuelles Programm, da nur der theoretische Unterricht und die Supervision der Eltern in Gruppen erfolgen. Das eigentliche Trainingsprogramm wird von dem Therapeuten für jede Familie individuell geplant und eingeleitet. Die PATTERSON-Studien erlauben es, auf Grund der Behandlung einer großen Anzahl ähnlicher Fälle mit einem gleichen Rahmenprogramm und einem einheitlichen Kontrollsystem, Vergleiche anzustellen und allgemeine Aussagen zu treffen. In letzter Zeit sind vermehrt umfassendere Trainingsprogramme in Gruppen durchgeführt worden, in denen die Behandlung allein von den Eltern vorgenommen wurde, ohne dem Therapeuten das Kind je direkt vorzustellen.

Auch diese Art des Trainings gilt als erfolgreich und wird dem konventionellen Beratungsgespräch vorgezogen.

Daß es möglich ist, Eltern in verhaltenstherapeutischen Techniken zu unterweisen und sie als Therapeuten ihrer Kinder einzusetzen, kann als gesichert angesehen werden. In ihrer Untersuchung mit psychotisch gestörten Kindern fanden E. SCHOPELER, E. und R.J. REICHLER (1971) sogar, daß Eltern z. T. schon nach kurzer Zusammenarbeit geschickter mit ihrem Kind umgingen als der Therapeut selbst. Durch das ständige Zusammensein mit ihrem Kind verfügen die Eltern über einen unvergleichlich großen Erfahrungsschatz. Dennoch suchten und brauchten diese Eltern die Hilfe des Therapeuten, um ihre neu erworbenen Fähigkeiten aufrechtzuerhalten.

IV. DIE UNTERSUCHUNG

1. Die Planung des Trainingsprogramms

Auch die vorliegende Untersuchung ist unter ganz pragmatischen Gesichtspunkten geplant worden und dem ersten Aufgabenbereich der verhaltenstherapeutischen Elternarbeit (s. S. 10) zuzuordnen. Gesucht wird nach **P r i n z i p i e n**, die von den Eltern angewandt werden können, um das Fehlverhalten ihrer Kinder zu verbessern.

In Abhebung von der bisher vorliegenden Literatur sind vor allem folgende **Z i e l e** verfolgt worden:

1. Unter der Annahme, daß Störverhaltensweisen eher einen übergreifenden Charakter haben als individuell fixiert zu sein, wurde versucht, ein Trainingsprogramm und ein Kontrollsystem zu entwickeln, die nicht für jeden Einzelfall neu konzipiert werden müssen, sondern auf eine Gruppe eines Störbereiches anwendbar sind.
2. Ausgehend von dem Konzept des operanten Konditionierens sollte mit Hilfe einer ausführlichen Verhaltensanalyse des Mutter- und des Kindverhaltens versucht werden, neben den relevanten Störverhaltensweisen der Kinder die "Fehler", bzw. Defizite im Verhalten der Mütter herauszuarbeiten und für die Intervention nutzbar zu machen.
Es wurde versucht, ein Trainingsprogramm zu erstellen, das neben den Verstärkungsprinzipien weitere, bezüglich der Symptomatik der Kinder wichtige Verhaltensvorschläge für die Eltern enthielt.
3. Die Generalisierung des Gelernten auf Situationen außerhalb der Behandlung sollte durch Hinzuziehen der Väter angebahnt werden, die in gemeinsamen Gruppensitzungen mit den Müttern theoretische In-

formationen erhalten haben und über praktische Anwendungsmöglichkeiten in der Familie unterrichtet worden sind.

4. Gleichzeitig wurde versucht, bei Müttern und Kindern die Selbstkontrolle der neu gelernten Verhaltensweisen einzuleiten. Um sie im häuslichen Milieu zu praktizieren, sollten die Eltern in der Anwendung der therapeutischen Methoden möglichst sicher sein.
5. Schließlich war geplant, ein Trainingsprogramm zu erstellen, das brauchbar und allgemein anwendbar ist.

Für die Auswahl der P a t i e n t e n gruppe waren die folgenden Überlegungen entscheidend:

1. Da das Trainingsprogramm ambulant durchgeführt werden sollte, wurde nach einer klinischen Gruppe gesucht, deren Störverhaltensweisen in der Institution (Psychologisches Institut) beobachtet werden konnte.
2. Die Fehlverhaltensweisen der Kinder mußten von einem Schwierigkeitsgrad sein, der es den Müttern erlauben würde, von Anfang an die Behandlung selbst auszuführen.
3. Es sollte eine klinisch relevante Personengruppe gefunden werden, so daß das Trainingsprogramm in der Praxis eine sinnvolle Anwendung finden könnte.

Es wurden Kinder mit Schulschwierigkeiten ausgewählt, die neben anderen Verhaltensauffälligkeiten alle sehr unaufmerksam waren und über ein nur geringes K o n - z e n t r a t i o n s vermögen verfügten.

Die Kinder waren nicht mehr fähig, den vom Lehrer dargebotenen Stoff aufzunehmen und selbständig zu verarbeiten. Einige hatten bereits Lücken im Lernstoff.

Diese Patientengruppe wurde als wichtig angesehen, da die schulische Leistung für die weitere Entwicklung jedes Kindes von Bedeutung ist.

Bei allen Kindern waren die schulischen Schwierigkeiten von Auseinandersetzungen in der Familie begleitet.

Massive Spannungen zwischen Mutter und Kind traten vor allem während der täglichen Erledigung der Hausaufgaben auf.

Um die Interventionssitzungen möglichst realistisch zu gestalten, wurde diese Problemsituation im Institut wiederholt: während der Intervention erledigte die Mutter gemeinsam mit ihrem Kind die täglichen Hausaufgaben.

Die Hausaufgabensituation hatte den Vorteil, daß sie leicht zu strukturieren war, und da es sich um eine für die Beteiligten sehr schwierige Situation handelte, gab sie Anlaß zu häufigen und heftigen Auseinandersetzungen zwischen Mutter und Kind. Eine hohe Interaktionsrate wiederum ist notwendig, um möglichst oft Gelegenheit zu finden, therapeutisch einzugreifen.

Die Intervention sollte von der Mutter allein durchgeführt werden, mit dem Ziel, ihr die Handhabung therapeutischer Methoden zu vermitteln und durch Änderung ihres Verhaltens die gewünschte Veränderung der kindlichen Verhaltensweisen zu erreichen. Es war vorgesehen, daß der Therapeut selbst nicht direkt mit dem Kind, sondern nur mit der Mutter arbeiten würde.

Wie anderswo schon erwähnt, ist die soziale Verstärkung die im Elterntraining am häufigsten angewandte Methode. Um den Eltern die Handhabung dieses Prinzips zu erleichtern, ist die Behandlung in sehr vielen Fällen mit einer Münzökonomie eingeleitet worden.

Mit der vorliegenden Untersuchung sollte überprüft werden, ob es möglich ist, auf das Münzsystem zu verzichten und den Eltern stattdessen zusätzlich zu den

operanten Techniken spezifische Verhaltensanweisungen zu geben, die für den Umgang mit ihren Kindern wichtig erschienen.

Die spezifischen Anweisungen sollten aus der Verhaltensanalyse des Mutterverhaltens während der ersten Beobachtungsphase gewonnen und zusammen mit den operanten Prinzipien zu einem Trainingsprogramm verarbeitet werden.

Es wurde geplant, die mit diesem Programm behandelte Mutter-Kind-Gruppe einer zweiten Interventionsgruppe gegenüberzustellen.

Der zweiten Müttergruppe war die Handhabung einer Münzökonomie vermittelt worden, so daß das neue Programm mit einer bereits erprobten Behandlungsmethode verglichen werden konnte.

Zum weiteren Vergleich war eine Kontrollgruppe vorgesehen, die eine reine Wartegruppe war und erst nach Abschluß des Trainings eine Behandlung bekam.

Für die Ergebnisse der Untersuchung sind folgende Hypothesen aufgestellt worden:

1. Beide Interventionsgruppen zeigen nach Abschluß der Behandlung positive Veränderungen, während Mütter und Kinder der Kontrollgruppe keine Verhaltensänderungen oder eine Zunahme ihres Störverhaltens zeigen.
2. Gelingt es, für die erste Interventionsgruppe (verbale Instruktionen) geeignete Verhaltensanweisungen zu finden, dann sind die Mütter dieser Gruppe den Müttern der zweiten Interventionsgruppe (Münzsystem) überlegen.

Die Mütter der ersten Gruppe erhalten nicht nur Anleitungen für den adäquaten Einsatz eines Bekräftigungssystems, sondern darüber hinaus spezifische Anweisungen zur Veränderung ihres eigenen Verhaltens. Von ihnen ist daher auch eine stärkere Beeinflussung des Störverhaltens ihrer Kinder zu erwarten.

Nicht übersehen werden sollte allerdings, daß das Münzsystem neben dem Verstärkerwert, der ihm für die Kinder zukommt, auch für die Mütter ein gutes Verhaltenskorrektiv darstellt. Um die Münzen in angemessener Weise auszugeben, um kontingent zu loben und Störverhalten zu ignorieren, müssen die Mütter sich selbst genau beobachten und kontrollieren, so daß eine direkte Einflußnahme auch auf die Mütter der zweiten Gruppe erfolgt und bei ihnen und ihren Kindern ebenfalls mit bedeutsamen Verhaltensänderungen zu rechnen ist.

Die Untersuchung hatte das **Z i e l** , durch eine geeignete Anleitung der Mutter das Arbeitsverhalten der Kinder zu verbessern. Aufmerksamkeit und Konzentrationsvermögen sollten gesteigert und die Störverhaltensweisen der Kinder verringert werden.

Darüber hinaus wurde versucht, die um die Schulsituation des Kindes entstandenen familiären Probleme zu mildern und die **B e z i e h u n g** zwischen Eltern und Kind zu verbessern.

Die **K o n t r o l l e** des Trainingsprogramms diente der Überprüfung der genannten Hypothesen und Ziele.

Um auftretende Veränderungen genauer analysieren zu können, wurde der gesamte Interventions **v e r l a u f** erfaßt.

Außerdem sind die **E i n s t e l l u n g e n** der Mütter ihrem Kind gegenüber und der Behandlung gegenüber untersucht worden. Durch wiederholtes Befragen sollten mögliche Einstellungs **ä n d e r u n g e n** festgehalten werden.

Durch den Kontrollgruppenvergleich wurde zu klären versucht, wieweit eingetretene Veränderungen auf die Intervention selbst zurückzuführen sind. Ergänzend hierzu sind Interviews mit Vätern und Lehrern durchgeführt worden.

Schließlich sollte durch die Befragung von Vätern und Lehrern untersucht werden, ob eine *Generalisierung* des neu Gelernten in der häuslichen Situation und in der Schule beobachtet werden kann.

Darüber hinaus interessierten mögliche *Zusammenhänge* zwischen einzelnen Verhaltensweisen von *Müttern* und *Kindern*, die durch eine Untersuchung der gleichzeitig aufgezeichneten Beobachtungsprotokolle erfaßt wurden.

Ein halbes Jahr nach Abschluß des Trainingsprogramms ist eine *Nachuntersuchung* durchgeführt worden.

2. Die Patienten

An der Untersuchung haben insgesamt 17 Kinder, 15 Jungen und 2 Mädchen im Alter von 7 - 10 Jahren und ihre Mütter teilgenommen (s. Anhang S. 277 - 283).

Die Eltern kamen freiwillig. Sie waren durch einen *Zeitungsartikel* (s. Anhang S. 284) auf das Beratungsprogramm aufmerksam gemacht worden.

Zunächst wurden alle Eltern, die sich gemeldet hatten, zu einem Vorgespräch bestellt, das einer ersten Auswahl diente. Dabei wurde nur versucht, Alter und Symptomatik der Kinder homogen zu halten.

Die Entscheidung über die Aufnahme der Kinder in die Untersuchung erfolgte auf Grund einer *Anamnese* (s. Anhang S. 285 - 291), die mit der Mutter erhoben worden ist und nach zwei Allgemeinen Intelligenztests (HAWIK, RAVEN: Progressive Matrizen-Test), mit denen sie als mindestens durchschnittlich intelligent beurteilt worden sind. Das gilt auch für die Mütter, die mit dem Wortschatztest des HAWIE untersucht wurden.

Bei dieser engeren Wahl wurden fünf Mutter-Kind-Paare ausgeschieden. Vier der Kinder waren deutlich unter-

durchschnittlich begabt, so daß für sie ein anderes Programm notwendig gewesen wäre. Sie wurden an eine Erziehungsberatungsstelle vermittelt.

Bei dem fünften Kind entstand nach genauerer Kenntnis seiner Auffälligkeiten der Verdacht auf eine Hirnschädigung. Es wurde an die Kinderklinik überwiesen, in der eine beginnende Epilepsie diagnostiziert worden ist.

Mit den Müttern ist außerdem ein K o n t r a k t (s. S. 292 im Anhang) abgeschlossen worden, in dem ihnen das Bemühen um eine effektive Behandlung zugesichert worden ist und sie ihrerseits aufgefordert wurden, regelmäßig an den vereinbarten Behandlungsstunden teilzunehmen.

Die Kinder sind von den Eltern aus folgenden Gründen für das Beratungsprogramm a n g e m e l d e t worden: Sie sind in der Schule und Zuhause a l l e durch K o n z e n t r a t i o n s s t ö r u n g e n aufgefallen und zeigen darüber hinaus folgende V e r h a l t e n s - a u f f ä l l i g k e i t e n : Nichtbefolgen von Anforderungen, aggressives Verhalten gegenüber Erwachsenen und anderen Kindern, lautes Dazwischenrufen, unaufgefordert vom Platz aufstehen, Passivität und Schüchternheit.

3. Der Aufbau der Untersuchung

Die 17 Mutter-Kind-Paare sind in drei Gruppen, zwei Behandlungs- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt worden. Der Gruppierung ist eine Einstufung der Mutter-Kind-Paare in "schwere" und "leichtere" Fälle durch drei unabhängige Beurteiler vorausgegangen. Sie stützten sich auf die Anamnese, die Testergebnisse und die Verhaltensbeobachtung in der ersten Beobachtungsphase, unter Berücksichtigung sowohl des mütterlichen als auch des kindlichen Verhaltens.

Bei der Zusammenstellung der drei Gruppen ist auf eine Gleichverteilung "schwerer" und "leichter" Fälle geachtet worden.

Die Mütter der ersten Behandlungsgruppe sind durch verbale Instruktionen und Video-Feedback beraten worden: Gruppe I.

Den Müttern der zweiten Interventionsgruppe ist die Handhabung eines Münzsystems vermittelt worden: Gruppe M. Sie haben ebenfalls durch Video-Aufzeichnungen eine Rückmeldung über ihr Verhalten bekommen.

Die Kontrollgruppe: Gruppe K, hat nur an den Beobachtungssitzungen vor und nach dem Trainingsprogramm teilgenommen. Mütter und Kinder dieser Gruppe sind nach Abschluß des eigentlichen Trainings der ersten Interventionsgruppe analog behandelt worden.

4. Der Verlauf der Untersuchung

Es handelt sich um ein ambulantes Therapieprogramm, dem vier Beobachtungssitzungen vorgeschaltet gewesen sind. Dann folgten vierzehn Therapiesitzungen für jede der Interventionsgruppen. Sie wurden als Einzelsitzungen mit Mutter und Kind zweimal pro Woche abgehalten.

Während der Therapiephase fand außerdem einmal wöchentlich ein Gruppenabend statt, zu dem auch die Väter eingeladen waren.

Nach der Behandlungsphase folgten weitere vier Beobachtungssitzungen, mit denen das Programm abgeschlossen wurde.

Verlauf der Untersuchung

Anzahl der Sitzungen	Gruppe I	Gruppe M	Gruppe K
4	1. Beobachtungsphase	1. Beobachtungsphase	1. Beobachtungsphase
	Anamnese	Anamnese	Anamnese
	Untersuchung des Kindes	Untersuchung des Kindes	Untersuchung des Kindes
	Untersuchung der Mutter	Untersuchung der Mutter	Untersuchung der Mutter
	Interview A, B	Interview A, B	Interview A, B
	Kontrakt	Kontrakt	Kontrakt
14	Interventionsphase (verbale Instruktionen, Video-Feedback)	Interventionsphase (verbale Instruktionen, Video-Feedback)	Wartezeit
	Elternabende	Elternabende	
	Interview A, B, C, D	Interview A, B, C, D	Interview A, B, C, D
4	2. Beobachtungsphase	2. Beobachtungsphase	2. Beobachtungsphase
	Interview A, B, C, D	Interview A, B, C, D	Interview A, B, C, D

1. Beobachtungsphase

Während der ersten Beobachtungsphase betrug die Sitzungsdauer zwanzig Minuten.

Die Mutter arbeitete mit dem Kind an seinen Schulaufgaben vom Vormittag, in den ersten beiden Sitzungen unter der I n s t r u k t i o n :

"Machen Sie die Hausaufgaben mit Ihrem Kind, wie Sie es von Zuhause gewohnt sind. Wir möchten das Kind beobachten, um es besser kennenzulernen!"

Für die dritte und vierte Beobachtungssitzung war geplant, die beklagten Störverhaltensweisen der Kinder und die damit verbundenen Schwierigkeiten im Verhalten der Mütter zu provozieren.

In der d r i t t e n Sitzung sollten die Kinder daher unter Z e i t d r u c k arbeiten. Den Müttern wurde ein viel zu umfangreiches Aufgabenpensum vorgelegt, das die Kinder innerhalb von zwanzig Minuten zu erledigen hatten. Sie erhielten die I n s t r u k t i o n :

"Arbeiten Sie mit dem Kind, wie Sie es gewohnt sind, aber versuchen Sie, in der vorgegebenen Zeit fertig zu werden. Sagen Sie dieses auch dem Kind."

Für die v i e r t e Beobachtungssitzung bekam die Mutter die Instruktion, das Kind alleine arbeiten zu lassen und nur auf sachliche Fragen mit einer knappen Antwort einzugehen. Zur Unterstützung ihres Verhaltens wurden ihr Zeitschriften angeboten, mit denen sie sich beschäftigen konnte, während das Kind arbeitete.

Die I n s t r u k t i o n lautete:

"Lassen Sie das Kind alleine arbeiten. Gehen Sie möglichst wenig auf Fragen oder Bitten des Kindes ein. Sie können, während das Kind seine Aufgaben macht, die Zeitschriften lesen!"

Während dieser ersten Beobachtungsphase sind mit den Müttern außerdem zwei Interviews durchgeführt worden. Die Mütter wurden zu ihrer emotionalen Einstellung dem Kind gegenüber (Interview A) und zu ihrer Einstellung der Therapie gegenüber (Interview B) befragt (s. Anhang S. 293 - 294, 295 - 296).

Auch mit den Vätern und Lehrern ist zu diesem Zeitpunkt Kontakt aufgenommen worden.

Interventionsphase

Jede Einzelsitzung dauerte 40 Minuten und war eingeleitet in eine 20minütige Arbeitsphase, während der Mutter und Kind gemeinsam Hausaufgaben machten. In den verbleibenden 20 Minuten fand die eigentliche Beratung der Mutter statt, die sich auf die vorangegangene Interaktion mit dem Kind bezog.

Der ursprünglich gefaßte Plan, in der Arbeitssitzung von Mutter und Kind die Hausaufgaben des jeweiligen Tages durcharbeiten zu lassen, wurde schon nach den ersten beiden Beobachtungssitzungen wieder aufgegeben. Einmal entstanden durch die verschiedenen Aufgabeninhalte zu heterogene Interaktionen; weiter kam es vor, daß Mutter und Kind vergaßen, das Arbeitsmaterial mitzubringen, oder sie erinnerten sich nicht mehr, was überhaupt getan werden sollte. Es wurden daher für jedes Kind in Absprache mit seiner Lehrerin zu jeder Sitzung Rechenaufgaben zusammengestellt. Das Rechnen wurde als Aufgabeninhalt gewählt, weil es gute Möglichkeiten zu wirklichen Interaktionen bot.

Um den Müttern die Strukturierung der Arbeitssituation zu erleichtern, ist die Arbeitszeit von 20 Minuten in Drei-Minuten-Einheiten unterteilt worden.

Nach drei Minuten wurde jeweils eine kurze Pause eingeschaltet, die die Mütter dazu benutzten, ihren Kindern analog den Instruktionen eine Rückmeldung über ihr Verhalten zu geben.

Sie waren angehalten worden, zu beobachten, wie ihre Kinder sich von einer Minute zur anderen verhielten. Die Mütter der Gruppe M verteilten darüber hinaus Münzen entsprechend dem Verhalten des Kindes in den einzelnen ein-Minuten-Abschnitten.

Die Einteilung in so kurze Zeitphasen kam auf Grund der Verhaltensbeobachtung in der ersten Beobachtungsphase zustande. Es wurde festgestellt, daß fast alle Kinder nicht einmal imstande waren, eine Minute lang durchgehend zu arbeiten (im Anhang S.300). Die Münzvergabe durch die Mütter der Gruppe M erfolgte in der Pause, nach drei Minuten Arbeit mit dem Kind und war jeweils begleitet von Rückmeldungen über das Verhalten des Kindes, wie z. B. "Lob" für gutes Arbeiten und richtige Lösungen oder Beachtung der Selbstkontrolle

Für die erhaltenen Münzen, die die Kinder in durchsichtigen Sparsbüchsen sammelten, konnten sie Belohner "einkaufen". Es handelte sich dabei um kleine Spielsachen oder Süßigkeiten, die z. T. vom Therapeuten, z. T. von den Müttern selbst unter Berücksichtigung der Wünsche der Kinder eingekauft worden waren. Die einzelnen Gegenstände waren mit einem "Preis" versehen, so daß die Kinder sich klar orientieren konnten. Die Preise waren den Gegenständen angemessen und unterschiedlich. Das Kind konnte für drei Münzen bereits etwas kaufen, hatte aber auch die Möglichkeit, seine Münzen über mehrere Sitzungen hin für einen größeren Gegenstand zu sparen. Vor jeder Therapiesitzung wurden den Kindern die Belohner kurz gezeigt.

Neben verbalen oder auch materiellen Belohnern als Orientierungshilfen für erwünschtes Verhalten wurde den Kindern in den Arbeitspausen auch gesagt, welche Verhaltensweisen nicht erwünscht waren und in Zukunft vermieden werden sollten. Die Mütter waren angehalten worden, diesen "Tadel" möglichst sachlich und direkt auszusprechen, so daß er als Hilfestellung verstanden werden konnte.

Auf Strafen wurde weitgehend verzichtet. Lediglich bei drei Kindern ist ein- oder zweimal eine "Aus-Zeit" durchgeführt worden, jeweils bei massiven Trotzreaktio-

nen. Die Kinder wurden für drei Minuten ein Stück vom Arbeitstisch weggesetzt, mit dem Gesicht zur Wand. Hatten sie sich während dieser Zeit ruhig verhalten, wurden sie wieder zum Tisch zurückgeholt.

Die Strafe wurde ebenfalls von der Mutter selbst ausgeführt.

Die Arbeitssitzung von Mutter und Kind ist mit einem Video-Recorder aufgezeichnet und gleichzeitig von zwei Beobachtern protokolliert worden.

Während der eigentlichen Beratung der Mutter wurde zur Veranschaulichung von den Video-Aufnahmen Gebrauch gemacht. Die Mütter bekamen besonders markante Stellen der Sitzung noch einmal vorgespielt. Dabei wurden sowohl positive als auch unerwünschte Verhaltensweisen in der Interaktion mit ihrem Kind herausgegriffen und mit ihnen besprochen. Im Vordergrund der Besprechung standen für die jeweilige Sitzung gegebene oder bereits bekannte Instruktionen.

In wenigen Einzelfällen, in denen sich diese Art der Hilfestellung als nicht ausreichend erwiesen hatte, ist von dem Therapeuten eine Modellsitzung durchgeführt worden, um der Mutter das von ihr gewünschte Verhalten zu demonstrieren.

Während der Besprechung von Mutter und Kind spielte das Kind mit einem der Praktikanten, die bei der Untersuchung mitarbeiteten. Es konnte selbst aus einer umfangreichen Sammlung von Brettspielen eines auswählen.

Das Spiel sollte in erster Linie der Entspannung dienen und dem Kind Freude bereiten.

Während der Interventionsphase wurden für jede Gruppe insgesamt sieben Elternabende abgehalten, die vor allem einer erneuten und andersartigen Auseinandersetzung mit dem in der Einzelbehandlung Gelernten dienten.

Gleichzeitig wurden auf diese Weise die Väter, die ebenfalls an den Gruppenabenden teilnahmen, in das Programm miteinbezogen.

Mit den Müttern sind zwischen der siebten und achten Therapiesitzung die Interviews A und B noch einmal durchgeführt worden.

Väter und Lehrer wurden mit dem Interview C und D über außerhalb der Behandlung beobachtete Veränderungen befragt (s. Anhang, S. 297).

2. Beobachtungsphase

Der Aufbau der zweiten Beobachtungsphase entsprach dem der ersten und dauerte ebenfalls zwanzig Minuten. Mit der Instruktion wurden die Mütter aufgefordert, mit ihrem Kind zu arbeiten, wie sie es in der Therapie gelernt hatten.

Die Instruktion für die G r u p p e I lautete:

"Arbeiten Sie mit Ihrem Kind, wie Sie bisher mit ihm gearbeitet haben.

Der Umgang mit ihrem Kind soll allmählich wieder ganz ihnen allein übergeben werden. Wir werden daher die Sitzung nicht mehr nachher gemeinsam besprechen. Weiter möchte ich, daß Sie nach der Arbeitsphase selbst noch für eine gleich lange Zeit mit dem Kind spielen."

Die Mütter der G r u p p e M bekamen die Instruktion:

"Arbeiten Sie mit Ihrem Kind, wie Sie bisher mit gearbeitet haben.

Wir wollen heute versuchen, ohne die Münzen auszukommen, um Sie und Ihr Kind wieder an die natürliche Situation zu gewöhnen.

Der Umgang mit Ihrem Kind soll allmählich wieder ganz Ihnen allein überlassen werden. Wir werden daher die Sitzung nachher nicht mehr gemeinsam besprechen.

Weiter möchte ich, daß Sie nach der Arbeitssitzung selbst noch für eine gleich lange Zeit mit dem Kind spielen."

Die Unterweisung der Mütter nach dieser Arbeitssitzung entfiel.

Während dieser zweiten Beobachtungsphase sind außerdem die Interviews mit Müttern, Vätern und Lehrern noch einmal wiederholt worden.

Die erste und zweite Beobachtungsphase wurden mit der Kontrollgruppe in gleicher Weise durchgeführt wie mit den behandelten Gruppen.

Die Instruktionen für die Mütter waren in der ersten Beobachtungsphase identisch mit denen der behandelten Gruppen.

In der zweiten Beobachtungsphase bekamen die Mütter der Kontrollgruppe die Instruktion:

"Arbeiten Sie 20 Minuten mit Ihrem Kind, wie Sie während der ersten Sitzungen mit ihm gearbeitet haben. Wir möchten das Kind noch einpaarmal beobachten, bevor wir mit der Therapie beginnen.

Nach der Sitzung möchten wir, daß Sie noch für eine etwa gleich lange Zeit mit dem Kind spielen."

5. Das Trainingsprogramm

Es handelt sich um ein gestaffeltes Trainingsprogramm, bei dem die Mütter insgesamt 11 Modifikationsvorschläge erhalten haben. 6 davon beziehen sich auf das mütterliche Verhalten, 5 betreffen das Kind.

Die Mütter sind zur genauen Beobachtung angehalten worden. Sie haben gelernt, Lob und Tadel adäquat einzusetzen, Störverhalten zu ignorieren, sich der Situation entsprechend zurückzuhalten und das Kind zur selbständigen Arbeit anzuhalten.

Die Instruktion ist der Mutter vor Beginn der Arbeit mit ihrem Kind vom Therapeuten erklärt worden. Sie hat sie außerdem schriftlich vorgelegt bekommen, mit der Aufforderung, den Text zu lesen, bevor sie zu arbeiten beginnt. (Die schriftlichen Instruktionen befinden sich im Anhang S. 261 - 276).

In jeder zweiten Sitzung sind eine oder zwei neue Instruktionen erteilt worden; die dazwischenliegende Sitzung hat der Wiederholung des bisher Gelernten gedient. Das gilt auch für die letzten drei Sitzungen. Die Arbeit mit dem Kind ist der Mutter ganz allein überlassen gewesen. Der Therapeut hat mit dem Kind während der eigentlichen Therapie keinen Kontakt gehabt. Die Instruktionen sind den Müttern in folgender Reihenfolge vorgegeben worden:

1. Sitzung

Mutter

1. Kind genau beobachten.
 2. Lob und "Tadel" (dem Kind in sachlichem, ruhigen Ton sagen, was nicht richtig war).
- (Gruppe-M: + Münze, 1 für 1 Min. gutes Arbeiten.)

Kind

1. Ruhig arbeiten für 5 Minuten (Uhr dabei, Zeiteinteilung erklären).

3. Sitzung

Mutter

3. Ignorieren des Störverhaltens während das Kind arbeitet.
- (Gruppe-M, dt.)

5. Sitzung

Kind

2. S e l b s t k o n t r o l l e :

Kind sagt selbst, was es gut gemacht hat, was richtig war.

(Gruppe-M: dt.)

7. Sitzung

Mutter

4. N i c h t i n d a s A r b e i t s -
m a t e r i a l d e s K i n d e s g r e i f e n
und in bestimmtem Abstand von dem Kind
sitzen bleiben.

(Gruppe-M: nicht)

Kind

3. Aufgaben laut vorlesen. (Gruppe-M: dt.)

4. Denkschritte laut sagen. (Gruppe-M: dt.)

9. Sitzung

Mutter

5. Anregungen und Hilfestellungen geben,
ohne vorzusagen.

(Gruppe-M: nicht)

Kind

5. kontrolliert sein Ergebnis selbst:

"Das ist richtig!"

(Gruppe-M: dt.)

11. Sitzung

Mutter

6. Herausnehmen der Zeitkontrolle.

(Gruppe-M: Vergabe von Münzen wird
von der Mutter selbst eingeschätzt)

Das Programm soll noch einmal auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den beiden Therapiegruppen hin zusammengefaßt werden:

- a) Die Instruktionen für die K i n d e r sind für beide Gruppen gleich: ruhig arbeiten; Selbstkontrolle. Die Kinder der Gruppe M (Münzsystem) bekommen für gutes Arbeiten zusätzlich materielle Verstärker.
- b) Die Instruktionen für die M ü t t e r der Gruppe M: Lob (+ Vergabe von Münzen), "Tadel", Ignorieren entsprechend den Konsequenzen einer nach dem operanten Konditionieren aufgebauten Therapie. Diese sind auch in den Instruktionen für die Gruppe I enthalten. Hier kommen für die Mütter noch direkte Verhaltensanweisungen hinzu, die auf Grund der vorangegangenen Verhaltensanalyse für die Situation "mit dem Kind Hausaufgaben machen" relevant erschienen: nicht in das Arbeitsmaterial des Kindes greifen; in körperlicher Distanz bleiben; Anregungen und Hilfestellungen geben, ohne vorzusagen.

Das Programm ist in dieser Gegenüberstellung der beiden Gruppen konzipiert worden mit der Überlegung, daß bei Kindern auf das Erziehverhalten unterstützende Maßnahmen, wie z. B. materielle Verstärker verzichtet werden kann, wenn es gelingt, durch spezifische Instruktionen geeignete Erziehverhaltensweisen bei den Müttern hervorzurufen.

Dabei wurden Verhaltensänderungen der Mütter angestrebt, von denen erwartet wurde, daß sie eine größere Verselbstständigung der Kinder zur Folge haben und sie zur ursprünglichen Eigenmotivation und Neugier für die Aufgaben zurückführen würden.

6. Die Verhaltensbeobachtung

Die in den Interventionsgruppen angewandten Programme sind auf ihre Anwendbarkeit und Effektivität hin über-

prüft worden. Beide Therapiegruppen sind gegen die Kontrollgruppe getestet worden.

Die K o n t r o l l e erfolgte in erster Linie durch eine systematische Verhaltensbeobachtung von Mutter und Kind, die in jeder Sitzung während der 20minütigen Arbeitsphase durchgeführt wurde.

Mutter und Kind sind getrennt, nach einem eigenen Beobachtungsschema beobachtet worden. Die Kategorien wurden anhand von Videoaufzeichnungen aus den ersten Beobachtungssitzungen erstellt. Auch das Beobachtertraining ist anhand von Filmen durchgeführt worden.

Während der V e r h a l t e n s a n a l y s e ist folgendermaßen vorgegangen worden: für jedes Kind und seine Mutter haben zwei unabhängige Beobachter während der vier Sitzungen in der ersten Beobachtungsphase eine allgemeine Beobachtung aufgezeichnet. Diese Beobachtungen sind auf Gemeinsamkeiten von Kindern und Müttern hin untersucht worden (s. die Verhaltenskataloge im Anhang S. 256 - 259).

Nach Erstellung der Kategorien ist eine Woche lang anhand der Video-Aufnahmen mit allen vier Beobachtern ein Beobachtertraining durchgeführt worden. Das Training wurde abgebrochen, als unter den Beobachtern eine Übereinstimmung von 80 % erreicht worden war.

Für die K i n d e r sind folgende Kategorien entwickelt worden:

I. kooperatives Verhalten

- | | |
|----------------------------|------|
| 1. arbeitet | (PA) |
| 2. zeigt freudige Reaktion | (PF) |

II. negative Verhaltensweisen

- | | |
|-----------------------------------|------|
| 3. ist motorisch unruhig | (NM) |
| 4. zeigt Trotzreaktionen | (NT) |
| 5. wendet sich von der Arbeit ab | (NW) |
| 6. blockiert | (NB) |
| 7. zeigt alberne Verhaltensweisen | (NA) |

Das Selbstkontrollverhalten des Kindes ist nicht in das endgültige Beobachtungssystem mitaufgenommen worden, weil es bis auf wenige Ausnahmen, in denen die Mütter stark unterstützend eingegriffen haben, nie geglückt ist. Vermutlich sind Mütter und Kinder im Rahmen dieses Trainings mit den diesbezüglichen Instruktionen überfordert gewesen. Dabei waren die Kinder noch weniger als die Mütter daran gewöhnt, sich selbst zu beobachten. Die Kinder haben die Selbstkontrolle nie explizit ausgeführt, d. h. sie haben die Anweisungen nach außen hin nicht befolgt. Die Instruktionen haben dennoch einen starken positiven Effekt gehabt, der sich indirekt in beiden Interventionsgruppen im **A r b e i t s v e r h a l t e n** der Kinder niedergeschlagen hat (s. S. 141 - 146).

Die einzelnen Kategorien sind in **10 - S e k u n - d e n - I n t e r v a l l e n** aufgezeichnet worden (das Protokollblatt befindet sich auf S. 260 im Anhang).

Während der Beobachtung wurden die Intervalle durch einen für alle Beobachter gut hörbaren Zeitgeber angesagt. Pro Intervall ist nur eine Kategorie notiert worden. Sind während dieser Zeitspanne mehrere verschiedene Verhaltensweisen aufgetreten, galt die Übereinkunft:

- a) treten **m e h r e r e n e g a t i v e** Verhaltensweisen in einem Intervall auf, wird lediglich die erste notiert;
- b) tritt neben mehreren positiven Verhaltensweisen eine negative auf, wird nur die negative protokolliert;
- c) treten mehrere positive auf, wird die erste positive in das Protokoll aufgenommen.

Bedauerlicherweise ist erst in den letzten sechs Sitzungen das gemeinsame Auftreten der Kategorien PA (Arbeitsverhalten) und NM (motorische Unruhe) auch gleichzeitig protokolliert worden.

Für die Beobachtung von Mutter und Kind standen je ein Beobachter zur Verfügung. Einmal pro Woche ist eine Reliabilitätsprüfung durchgeführt worden, zu der zwei weitere Beobachter hinzukamen, die mit den therapeutischen Interventionen nicht vertraut waren.

Es ist eine Beobachterübereinstimmung von 85 % bis 94 % erreicht worden (s. Anhang S. 301).

Analog den Kinderkategorien sind folgende Kategorien für die Mütter entwickelt worden:

I. positive Verhaltensweisen dem Kind gegenüber

1. Anregung, Hilfestellung geben, informative Fragen (PH)
2. Lob und Bestätigung des Kindes (auch körperlicher Kontakt, z. B. streicheln) (PL)
3. adäquates Eingehen auf das Verhalten des Kindes (PE)

II. negative Verhaltensweisen dem Kind gegenüber

4. negative Kritik am Kind und seiner Arbeit (NK)
5. Abwendung vom Kind (NW)
6. direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes (ND)
7. inadäquates Eingehen auf das Verhalten des Kindes (NE)

(Zur genaueren Definition der einzelnen Kategorien s. den Verhaltenskatalog im Anhang S. 258 - 259).

Das vorliegende Beobachtungsinstrument ist für die speziellen Fragestellungen der Untersuchung zusammengestellt worden.

Das Beobachtungssystem hat zunächst dazu gedient, das Trainingsprogramm zu entwickeln. In der vorausgehenden Verhaltensanalyse des Mutter- und

Kindverhaltens hat der Schwerpunkt auf der Analyse des M u t t e r verhaltens gelegen, in der Absicht, erwünschtes Verhalten und "Fehler" oder Defizite der Mutter herauszuarbeiten und für die Intervention nutzbar zu machen.

Um in möglichst kurzer Zeit die relevanten Verhaltensweisen der K i n d e r sichtbar werden zu lassen, ist während der ersten Beobachtungsphase neben der "Arbeit mit dem Kind, wie gewohnt" mit provokativen Instruktionen gearbeitet worden: Zeitdruck; Mutter gibt keine Unterstützung (s. S. 101).

Die Kinder sind auf den provokativen Charakter der letzten beiden Instruktionen eingegangen und haben ihr Störverhalten so deutlich demonstriert, wie es von den Müttern beschrieben worden war. Die in den ersten vier Beobachtungssitzungen erhaltenen Informationen erschienen ausreichend für ein repräsentatives Bild des tatsächlichen Verhaltens von Mutter und Kind.

Die zweite wichtige Funktion des Beobachtungssystems ist die der T h e r a p i e k o n t r o l l e.

Das Therapieprogramm ist vor allem mit der Verhaltensbeobachtung auf seine Effektivität hin überprüft worden. Dabei sind Veränderungen im Verlauf der Behandlung festgehalten worden. Die Brauchbarkeit des Programms ist in der Abnahme des Fehlverhaltens und der Zunahme erwünschter Verhaltensweisen zum Ausdruck gekommen.

Bei diesem Beobachtungsinstrument, das mütterliches und kindliches Verhalten getrennt protokolliert, muß beachtet werden, daß das Verhalten beider Partner aus dem Zusammenhang beurteilt worden ist. Es handelt sich daher nicht um eine objektive Beobachtung, sondern um eine Interpretation, in die das Interaktionsgeschehen mit eingeht. Um mehr Aufschluß über die zwischen beiden Partnern abgelaufene Interaktion zu bekommen, ist an Hand der fertigen Protokolle das gemeinsame Vorkommen mütterlicher und kindlicher Verhaltensweisen untersucht

worden. Dabei ließen sich einige systematische Verhaltensmuster nachweisen (s. S. 191 - 204).

Von den Gütekriterien wurde nur die Beobachterübereinstimmung ermittelt. Sie ist direkt während der praktischen Beobachtung geschätzt worden und kann mit Werten zwischen 85 % und 94 % (s. S. 110 und Anhang, S. 301) als sehr zufriedenstellend bezeichnet werden.

Die Forderung ROSENTHALs (ROSENTHAL, R., 1966), bei der Anwendung des Kategoriensystems Beobachter einzusetzen, die mit den experimentellen Bedingungen nicht vertraut sind, ist versucht worden, durch das Hinzuziehen zweier unabhängiger Beobachter während der Reliabilitätsbestimmungen Rechnung zu tragen.

Dennoch muß damit gerechnet werden, daß sich im Laufe der Intervention durch das regelmäßige Beobachten Fehler eingeschlichen haben, z. B. der Art, daß die Beobachter sehr viel sensibler für das Verhalten der Patienten geworden sind als sie es in der ersten Beobachtungsphase waren.

Eine solche Veränderung könnte sich z. B. auf die Beobachtung der Kontrollgruppe auswirken, die, jetzt mit schärferen Augen betrachtet, schlechter abschneidet als in der ersten Beobachtungsphase, ohne tatsächlich im Verhalten abgefallen zu sein.

Der Fehler hätte u. U. durch Bilden einer zweiten Beobachtergruppe, die in gleicher Weise wie die erste Gruppe trainiert worden wäre, vermieden werden können, indem sie nur zur Beobachtung in der zweiten Beobachtungsphase eingesetzt worden wäre.

Ein solches Vorgehen war jedoch im Rahmen der vorliegenden Untersuchung aus zeitlichen und finanziellen Gründen nicht möglich.

Die inhaltliche Validität wurde vorausgesetzt, da die Kategorien durch direkt beobachtbares Verhalten definiert worden sind.

Mit den Eltern ist allerdings außerdem zu Beginn der Intervention über die Behandlungsziele für die Kinder und für die Mütter gesprochen worden.

Es wurde zwischen *Nahzielen*, die die Veränderung des in der Situation unmittelbar beobachteten Verhaltens betreffen, für das Kind z. B.: am Platz sitzen bleiben, ruhig arbeiten; nicht durch Diskussionen abschweifen - und *Fernzielen*, die einen übergeordneten Charakter haben und sich bei Erreichen der Nahziele konsequenterweise ergeben, unterschieden. Ein Fernziel der Mütter ist z. B., wieder eine positive Beziehung zu ihren Kindern zu bekommen.

Die von den Eltern genannten Nahziele entsprechen weitgehend den auf Grund der Verhaltensanalyse erarbeiteten Kategorien (s. S. 119) und bestätigen damit die Relevanz des Beobachtungssystems für die hier behandelten Mutter-Kind-Paare.

7. Interventionsschritte, die nicht systematisch kontrolliert worden sind

Die Kontrolle des mütterlichen Verhaltens beinhaltete vor allem das Befolgen oder Nicht-Befolgen der gegebenen Anweisungen, die die Mütter während der Intervention erhalten haben. Mit der ersten Instruktion wird die Mutter aufgefordert, das Kind zu loben (PL), in die zweite und dritte geht das Ignorieren von Störverhaltensweisen, bzw. das adäquate Eingehen auf das Kind ein (PE). In der vierten Instruktion wird die Mutter angehalten, nicht in das Arbeitsmaterial des Kindes zu greifen (ND). Die fünfte bezieht sich auf sachliche Hilfestellungen, die die Mutter dem Kind geben soll (PH).

Darüber hinaus haben die Mütter von dem Therapeuten Hinweise bekommen, die nicht systematisch kontrolliert worden sind.

Es handelt sich um folgende, die Behandlung unterstützen- de Interventionsschritte, bei denen es weniger darum geht,

der Mutter zu sagen, w a s sie tun soll, sondern eher, w i e sie eine Instruktion ausführen soll:

1. k l a r e A u f f o r d e r u n g e n g e b e n .
Die Mütter sollten ihre Aufforderungen klar und knapp formulieren und dem Kind mit der Aufforderung eine Orientierungshilfe geben. Sie sollten auf keinen Fall in Frageform zur Weiterarbeit ermahnen (z. B.: "Willst du jetzt weiterrechnen?") oder lange Diskussionen über Details führen;
2. darauf achten, daß das Kind a u f m e r k s a m ist, wenn sie mit ihm sprechen;
3. wenn das Kind korrigiert werden muß, ist es wichtig, den T a d e l k l a r u n d d i r e k t auszusprechen, jedoch auf keinen Fall aggressiv oder ironisch;
4. allgemein w e i c h u n d w a r m mit dem Kind sprechen, damit es spürt, daß die Mutter auf seiner Seite ist.

Bei den Beratungen der Mütter haben solche Hinweise eine ganz wichtige Rolle gespielt. Es ist anzunehmen, daß sie einen sehr positiven Einfluß auf den weiteren Therapieverlauf genommen haben. Bei einer Wiederholung der Untersuchung sollten diese Hinweise in das Therapieprogramm mit aufgenommen werden. Von ihnen ist ein großer Generalisationseffekt zu erwarten, da sie ganz allgemein auf die Gestaltung der Beziehung zwischen Mutter und Kind gerichtet sind und in anderen Lebenssituationen ebenso relevant werden.

Die Mütter hatten nach eigenen Angaben die größten Schwierigkeiten, wenn es darum ging, klare, knappe Aufforderungen zu geben. Ich habe das ähnlich empfunden. Am schwersten war es, den Müttern zu vermitteln, direkt und konsequent zu sein und gleichzeitig bei sich selbst eine positive, verantwortungsbewußte Haltung dem Kind gegenüber zu bewahren.

Die Interaktion zwischen Mutter und Therapeut ist modellhaft gewesen für den Kontakt der Mutter zu ihrem Kind. Auch die Mütter haben für kooperative Verhaltensweisen sehr viel Lob erhalten, gleichzeitig sind ihnen ihre "Fehler" deutlich vor Augen geführt worden.

Allgemein wurde darauf geachtet, in den Gesprächen mit den Müttern l e r n t h e o r e t i s c h e Termini zu vermeiden. Patienten neigen dazu, sich einem bestimmten therapeutischen Jargon, verbunden mit den dazugehörigen Verhaltensweisen rasch anzupassen, ohne richtig zu begreifen, worum es wirklich geht.

Mit dem Ausklammern der psychologischen Fachsprache sollte den Müttern die Integration der gelernten Hilfestellungen in ihr eigenes Verhalten erleichtert werden. Dieser Integrationsprozeß ist bei den behandelten Müttern sehr unterschiedlich verlaufen. Bei einigen entstand der Eindruck, als würden sie die Aufforderungen rein imitierend ausführen. Anderen ist es gelungen, den Sinn der Anweisungen zu verstehen und das neu gelernte Verhalten in das eigene Verhaltensmuster zu integrieren. Die letzteren haben vermutlich die positivere Prognose, da ihr Verständnis ihnen helfen wird, das in der Behandlung Gelernte auf ihr Alltagsleben zu übertragen. Doch auch das Imitieren bedeutet einen Lernfortschritt, denn es ist mehr als den Müttern vorher möglich war.

8. Die Gruppenabende

Um auch die V ä t e r in die Behandlung miteinzu beziehen und bei den Müttern das in der Einzeltherapie Gelernte zu intensivieren, haben während der Interventionsphase einmal wöchentlich Gruppenabende stattgefunden, zu denen beide Eltern eingeladen waren.

Diese Gruppen hatten überwiegend einen pädagogischen Charakter.

Die Sitzungen dauerten zwei Stunden und waren folgendermaßen aufgebaut:

1. Zunächst wurde eine kurze Wiederholung des vorangegangenen Gruppenabends gegeben.
2. Jede Sitzung hatte ein Thema, das vorgetragen und mit den Eltern besprochen wurde.
3. Hatten die Eltern Fragen bezüglich aktueller Probleme, die ihre Situation Zuhause oder die Einzelsituationen betrafen, so wurden diese der Dringlichkeit entsprechend eingefügt.

In den sieben Sitzungen sind folgende Themen behandelt worden:

Thema des 1. Abends: a) Einführendes Gespräch.
 b) Besprechung der Behandlungsziele (für die Gruppen und für die Einzelsitzungen) .

Thema des 2. Abends: Verhalten kann verändert werden, durch Veränderung der Konsequenzen.

Thema des 3. Abends: Belohnung (mögliche Formen).

Thema des 4. Abends: Strafen (mögliche Formen).

Thema des 5. Abends: Regeln in der Familie.

Thema des 6. Abends: Kritik an den Einzelsitzungen und Vorschläge von seiten der Eltern.

Thema des 7. Abends: Allgemeine Fragen.

Über die einzelnen Themen ist mit den Eltern sehr ausführlich gesprochen worden. Sie wurden aufgefordert, viele eigene Beispiele zu bringen, um das Vorgetragene möglichst anschaulich und für den einzelnen relevant werden zu lassen.

Besonders gründlich sind mit jedem Elternpaar seine Erwartungen an die Behandlung besprochen worden. Die Eltern nannten Änderungswünsche für das Kind und für sich selbst.

Werden die Wünsche der Eltern nach Nah- und Fernzielen zusammengefaßt, so ergeben sich Zielvorstellungen, die auch von therapeutischer Seite her sinnvoll erscheinen und daher im wesentlichen in den Kategorien des Beobachtungssystems enthalten sind:

1. Kind

a) Nahziele:

ruhiges Arbeiten, weniger "nervös" sein (nicht ständig zappeln, herumgucken), konzentriert sein, nicht träumen, weniger schlampig sein, nicht in Diskussionen abschweifen.

b) Fernziele:

Selbständigkeit bei der Arbeit, größere emotionale Ausgeglichenheit, positiver Kontakt zur Familie.

2. Mutter

a) Nahziele:

ruhig auf das Kind eingehen, weniger "nervös" sein, nicht so viel kritisieren, freundlicher und geduldiger sein, Kind besser helfen können.

b) Fernziele:

positivere Beziehung zum Kind, positivere Beziehung zur übrigen Familie.

Für die Zusammenarbeit mit den Müttern ist diese Übereinkunft eine sehr gute Ausgangsbasis gewesen.

An den Elternabenden hat im Vergleich zur Einzelbehandlung, die eindeutig als Arbeitssitzung gekennzeichnet

war, eine lockere, entspannte Atmosphäre vorgeherrscht. Den Eltern ist viel Zeit zum freien Erzählen eingeräumt worden. Es wurde Wert darauf gelegt, die Väter voll mit einzubeziehen und über den Fortgang der Behandlung informiert zu halten.

Allgemein haben die Eltern die Abende sehr positiv aufgenommen und die Anregungen auch von seiten der übrigen Eltern als hilfreich erlebt.

Einige Eltern haben nach Abschluß der Behandlung die Zusammenkünfte auch ohne den Therapeuten fortgesetzt.

V. DIE ERGEBNISSE

Die Kontrolle des Trainingsprogramms erfolgte überwiegend durch eine direkte Verhaltensbeobachtung und durch Interviews.

Die statistische Analyse der Daten ist mit Hilfe parameterfreier Verfahren erfolgt, da nicht anzunehmen war, daß sie den für die Anwendung parametrischer Methoden notwendigen Kriterien genügen würden.

Eine Überprüfung der Verteilungsform mit dem Nullklassentest von F.N. DAVID (LIENERT, G.A., 1962) z. B. ergab in allen Fällen eine eindeutige Abweichung der Stichproben von der Normalverteilung.

1. Die Untersuchung der ersten Beobachtungsphase

Zunächst sollte geklärt werden, wieweit die drei Mutter-Kind-Gruppen sich vor Beginn der Behandlung in den untersuchten Verhaltensweisen unterschieden.

Der H-Test von KRUSKAL und WALLIS (SACHS, L., 1974) führte zu folgenden Ergebnissen: die drei Muttergruppen unterscheiden sich in der Ausgangslage nicht bedeutsam voneinander, weder in ihren positiven noch in ihren negativen Verhaltensweisen (s. Tabelle 1).

Eine Ausnahme bildet lediglich die Kategorie NE ($p < .01$): inadäquates Eingehen auf negative Verhaltensweisen des Kindes wird in beiden Interventionsgruppen, bei den Müttern der Kontrollgruppe dagegen fast überhaupt nicht registriert.

Tabelle 1 H-Test (KRUSKAL u. WALLIS)

1. Beobachtungsphase: Mütter				
Kat.	Rangsumme			H-Werte
	Gr. I	Gr. M	Gr. K	
PH	47.5	51.5	54.0	0.65 p > .05
PL	60.0	63.0	30.0	2.54 p > .05
PE	47.5	71.0	34.5	- -
P	47.0	53.5	52.5	0.47 p > .05
NK	45.0	58.5	49.5	0.52 p > .05
NW	56.0	52.5	44.5	0.26 p > .05
ND	58.0	56.0	39.0	0.11 p > .05
NE	44.0	41.5	67.5	6.66 p < .01
N	47.0	53.5	52.5	0.47 p > .05

Zur Erklärung der Abkürzungen s. das Zusatzblatt auf S. 201.

Auch die Kindergruppen sind im wesentlichen homogen (s. Tabelle 2).

Tabelle 2 H-Test (KRUSKAL u. WALLIS)

1. Beobachtungsphase: Kinder					
Kat.	Rangsumme			H-Werte	
	Gr. I	Gr. M	Gr. K		
PA	55.0	53.0	50.0	3.42	p > .05
PF	58.5	50.0	43.5	-	-
P	55.0	48.0	50.0	0.14	p > .05
NM	61.0	50.0	42.0	0.20	p > .05
NT	36.0	55.5	61.5	0.43	p > .05
NW	53.0	56.5	43.5	0.28	p > .05
NB	47.0	38.5	67.5	6.41	p < .05
NA	66.0	35.0	52.0	6.08	p < .05
N	55.0	48.0	50.0	0.14	p > .05

Zur Erklärung der Abkürzungen s. das Zusatzblatt auf S. 201.

Es bestehen Unterschiede in den Kategorien NB (blockieren) und NA (alberne Verhaltensweisen) ($p < .05$), auf die aber wegen der hier vorliegenden sehr geringen Häufigkeiten nicht weiter eingegangen werden soll.

Eine weitere Überprüfung der einzelnen Gruppen gegeneinander mit dem U-Test von MANN und WHITNEY (SACHS, L., 1974) bestätigt diese Ergebnisse (s. Tabelle 3 und 4).

Tabelle 3 U-Test (MANN u. WHITNEY)

1. Beobachtungsphase: Mütter												
	U-Werte											
Kat.	Gr. I - K				Gr. M - K				Gr. I - M			
PH	(11)	20	p	>.05	(11)	19	p	>.05	(10)	14	p	>.05
PL	(9)	3	p	>.05	-	-			(10)	15	p	>.05
PE	(3)	1	-		-	-			(8)	14	p	>.05
P	(11)	20	p	>.05	(9)	12	p	>.05	(12)	20	p	>.05
NK	(9)	13	p	>.05	(11)	14	p	>.05	(10)	16	p	>.05
NW	(11)	14	p	>.05	(9)	10	p	>.05	(12)	17	p	>.05
ND	(11)	13	p	>.05	(11)	11	p	>.05	(12)	16	p	>.05
NE	(7)	12	p	>.05	(9)	20	p	>.05	(8)	12	p	>.05
N	(11)	20	p	>.05	(11)	12	p	>.05	(12)	20	p	>.05

Zur Erklärung der Abkürzungen s. das Zusatzblatt auf S. 201.

Tabelle 4 U-Test (MANN u. WHITNEY)

1. Beobachtungsphase: Kinder			
U-Werte			
Kat.	Gr. I - K	Gr. M - K	Gr. I - M
PA	(11) 16 p > .05	(11) 19 p > .05	(12) 16 p > .05
PF	- -	(2) 1 -	(4) 2 -
P	(11) 16 p > .05	(11) 16 p > .05	(12) 16 p > .05
NM	(11) 12 p > .05	(9) 11 p > .05	(12) 14 p > .05
NT	(11) 25 p > .05	(9) 15 p > .05	(12) 26 p > .05
NW	(11) 15 p > .05	(9) 10 p > .05	(8) 10 p > .05
NB	(7) 12 p > .05	(9) 19 p > .05	(8) 7 p > .05
NA	(5) 2 p > .05	(7) 10 p > .05	(8) 1 p < .05
N	(11) 16 p > .05	(11) 16 p > .05	(12) 16 p > .05

Zur Erklärung der Abkürzungen s. das Zusatzblatt auf S. 201.

Die Gruppen sind in der Ausgangslage bezüglich der Häufigkeit der beobachteten Verhaltensweisen vergleichbar. Sie können als gut "gemacht" betrachtet werden.

2. Die Untersuchung des Behandlungsverlaufs

In jeder Sitzung sind Beobachtungsdaten erhoben worden, so daß der gesamte Verlauf des Trainings unter Berücksichtigung aller Kategorien für Mütter- und Kindergruppen kontrolliert und graphisch dargestellt werden konnte. Um mög-

liche, systematische Veränderungen in den beobachteten Verhaltensweisen zu erfassen, ist außerdem eine Trendanalyse durchgeführt worden, wobei innerhalb aller drei Gruppen die erste und zweite Beobachtungsphase und innerhalb der Interventionsgruppen außerdem das erste und dritte Drittel der Behandlungsphase miteinander verglichen worden sind.

Diese Interventionsabschnitte sind zum Vergleich gewählt worden, weil sie von der Aufteilung des Programms in Beobachtungs- und Behandlungsphasen her sinnvoll erscheinen und von dem angewandten Verfahren, dem Vorzeichen-Trendtest von COX und STUART (SACHS, L., 1974), her nahegelegt werden.

Abbildung 1 und 2 veranschaulichen den Verlauf der Behandlung für die Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen).

Unter den einzelnen Kategorien fällt auf, daß die Kategorie PH: "H i l f e s t e l l u n g e n g e b e n " fast alle positiven Verhaltensweisen abdeckt. (S. dazu auch die Angaben zur Häufigkeit des Vorkommens einzelner Verhaltensweisen, Tabelle 26, S. 200).

Ab etwa der vierten Sitzung lernen die Mütter dann zunehmend mehr, auch andere kooperative Verhaltensweisen zu entwickeln, wie z. B. Störverhalten zu ignorieren oder geschickt auf eine Frage oder einen Wunsch des Kindes einzugehen (PE).

Die in der ersten Beobachtungsphase extrem niedrige Rate des L o b s (PL) nimmt im Verlauf der Behandlung etwas zu, die Mütter bleiben mit dieser positiven Reaktionsweise aber bis zum Schluß sehr zurückhaltend.

Unter den n e g a t i v e n V e r h a l t e n s - w e i s e n hat die Kategorie ND: "i n d a s A r b e i t s m a t e r i a l d e s K i n d e s g r e i f e n ", die größte Häufigkeitsrate. Eine erste Abnahme erfolgt in der dritten Sitzung, eine stärkere ab der siebten. Vor dieser Sitzung sind die Mütter instruiert worden, in einem bestimmten räumlichen Abstand von ihrem Kind sitzen zu bleiben und nicht in sein Arbeitsmaterial zu greifen.

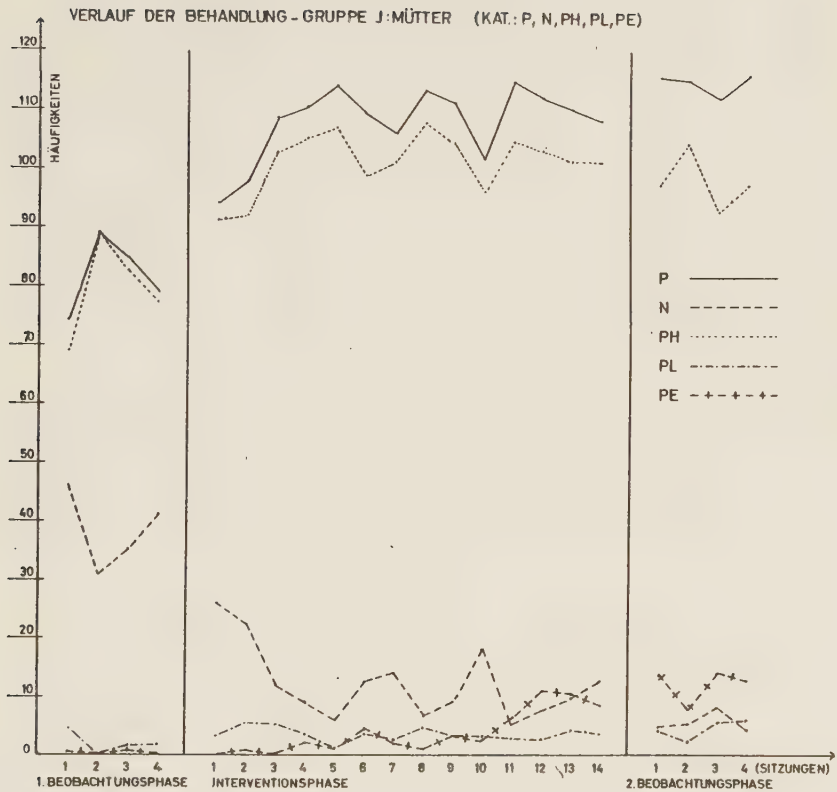


Abbildung 1

Zur Erklärung der Abkürzungen s. das Zusatzblatt auf
S. 201.

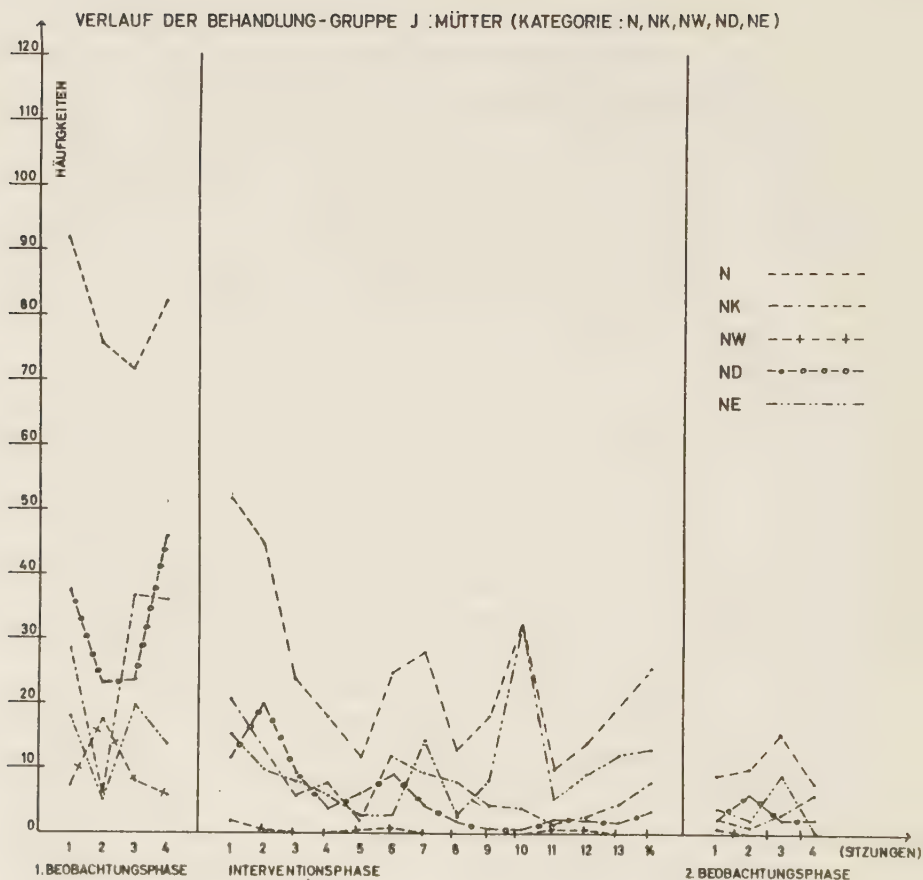


Abbildung 2

Die Mütter zeigen bereits in der Ausgangslage deutlich mehr positives als negatives Verhalten. Wie erwartet, nimmt mit Beginn der Behandlung die Anzahl der positiven Verhaltensweisen weiterhin zu, die der negativen ab.

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Das in der Vortestphase beobachtete Verhalten der Mütter, sich vom Kind abzuwenden (NW), fehlt bereits in der ersten Behandlungssitzung ganz. Vermutlich sind die Mütter mit zunehmender Gewöhnung an den Raum weniger abgelenkt und gleichzeitig bei Beginn des Behandlungsprogramms mehr durch die ihnen erteilten Aufgaben absorbiert.

Von der "negativen Kritik am Kind" (NK) machen die Mütter bis zur siebten Sitzung Gebrauch, danach nur noch selten, während andere Verhaltensweisen, wie z. B. "heftig auf das Kind einreden", "dem Kind vorsagen" u. ä. durchgehend beibehalten werden und erst in der zweiten Beobachtungsphase konstant niedrig bleiben (NE).

Auf Grund des Trendtests ist innerhalb der Therapiephase selbst, bei einem Vergleich von erstem und drittem Drittel, eine eindeutige Veränderung nur in den Kategorien PE (adäquates Eingehen) ($p < .001$), PL (Lob) und ND (Eingreifen in die Arbeit) ($p < .05$) (s. Tabelle 5) festzustellen.

Alle anderen Verhaltensweisen zeigen einen Verlauf, der in der Tendenz den Zielvorstellungen des Trainings entspricht, jedoch nicht bedeutsam ist.

Bei einer Überprüfung des Verlaufs von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase ergeben sich dann allerdings bei allen beobachteten Verhaltensweisen deutliche Veränderungen (PE, P, NK, NW, ND, NE, N: $p < .001$; PH, Pl: $p < .05$) (s. Tabelle 6).

Tabelle 5 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART)

Verlauf der Therapiephase, Gruppe I: Mütter

Kat.	Gruppe I: Mütter			
	Richt.d.Differenz		$\hat{z}$ -Werte	p-Werte
	+	-		
PA	4	6	0.44	p > .05
PL	2	8	1.74	p < .05
PE	10	-	3.49	p < .001
P	5	5	0.22	p > .05
NK	7	3	1.53	p > .05
NW	3	2	0.60	p > .05
ND	7	2	1.67	p < .05
NE	4	6	0.44	p > .05
N	6	4	0.87	p > .05

Zur Erklärung der Abkürzungen s. das Zusatzblatt auf S. 201.

Tabelle 6 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART/COCHRAN)

Verlauf von Beobachtungsphase I zu Beobachtungsphase II

(Gruppe M: Mütter)

Kat.	Gruppe I: Mütter			
	$\bar{x}$ BI	$\bar{x}$ BII	χ^2	p-Wert
PH	79,53	91,98	3,5	p < .05
PL	1,88	4,43	4,1	p < .05
PE	0,33	12,15	44,8	p < .001
P	87,70	114,75	22,2	p < .001
NK	8,83	1,70	19,5	p < .001
NW	5,93	0,05	23,1	p < .001
ND	16,63	1,55	50,0	p < .001
NE	7,30	2,00	12,1	p < .001
N	38,30	5,38	99,2	p < .001

Zur Erklärung der Abkürzungen s. das Zusatzblatt auf S. 201.

Nach der Behandlung zeigen die Mütter mehr erwünschte Verhaltensweisen. Es ist ihnen gelungen, im Verlauf des Trainings inadäquate Reaktionen dem Kind gegenüber zu unterlassen und mehr in kooperativer Weise mit ihm umzugehen (PH, PL, PE).

Verhaltensweisen wie negative Kritik am Kind zu üben (NK) oder das Kind durch inadäquate Hilfen am selbständigen Arbeiten zu hindern (ND), werden weitgehend unterlassen.

Für die Mütter der Gruppe M (Münzsystem) ergibt sich ein ähnliches Bild (s. Abb. 3 und 4), mit vergleichbaren Häufigkeitsverteilungen in den einzelnen Kategorien.

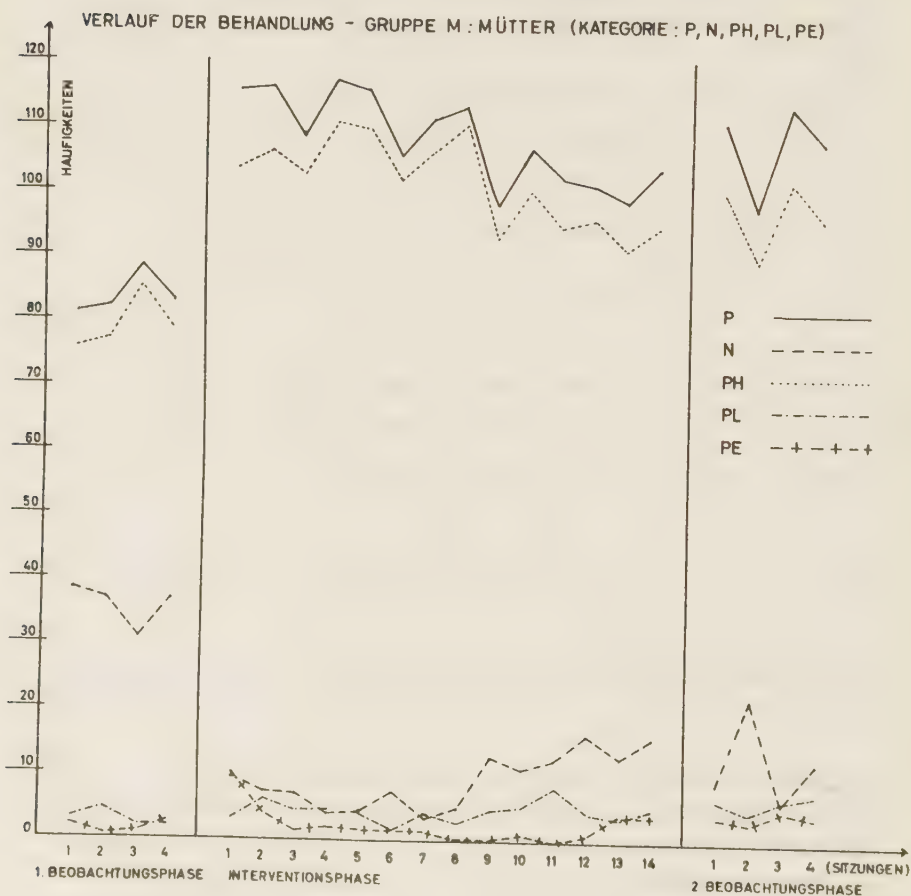


Abbildung 3

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

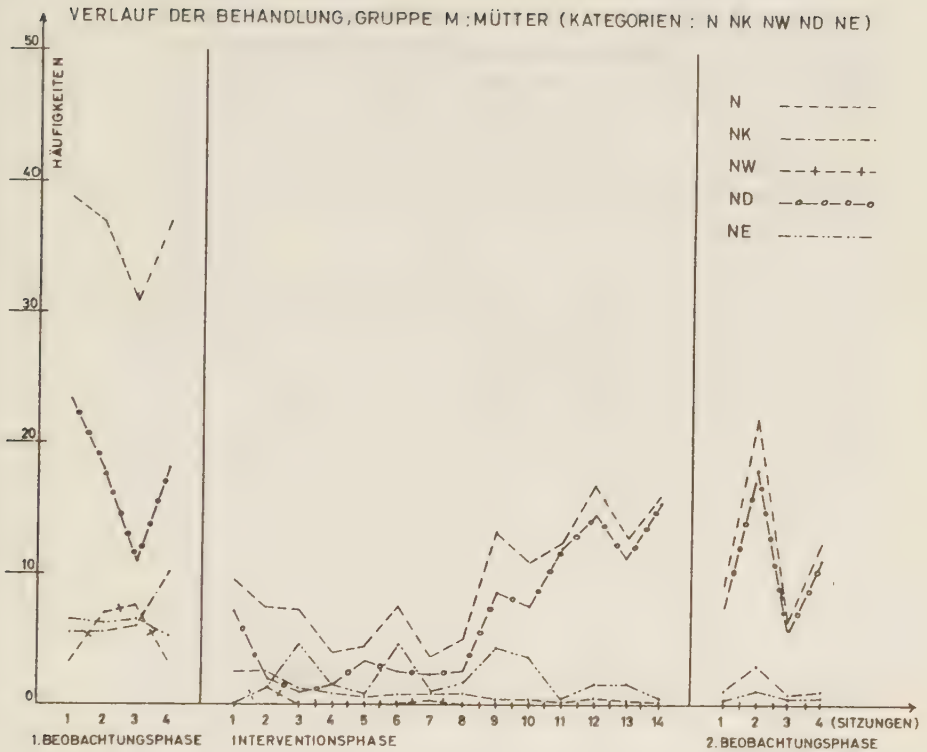


Abbildung 4

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Auch diese Mütter zeigen bereits von Anfang an mehr positive als negative Verhaltensweisen und im Verlauf der Behandlung eine vergleichbare Zunahme des Verhaltens in den positiven, eine Abnahme in den negativen Kategorien.

Der Trendtest ergibt in der Müttergruppe M (Münzsystem) bei dem Vergleich des ersten und dritten Drittels der Therapiephase nur in zwei Kategorien eine Veränderung in erwünschter Richtung (s. Tabelle 7): die Mütter loben mehr (PL: $p < .01$) und üben weniger Kritik an ihrem Kind (NK: $p < .01$).

Tabelle 7 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART)

Verlauf der Therapiephase, Gruppe M: Mütter

Kat.	Gruppe M: Mütter			
	Richtung d.Differ.		$\hat{z}$ -Werte	p-Werte
	+	-		
PH	0	10	3.05	$p < .005 +$
PL	9	1	2.84	$p < .005$
PE	6	4	0.87	$p > .05$
P	1	9	2.40	$p < .01 +$
NK	8	1	2,33	$p < .01$
NW	2	-	-	$p > .05$
ND	1	9	2.40	$p < .01 +$
NE	6	4	0.87	$p > .05$
N	1	9	2.40	$p < .01 +$

(+ : Abnahme oder Zunahme an Häufigkeiten entgegen der Erwartung)

Zur Erklärung der Abkürzungen s. das Zusatzblatt auf S. 201.

Unter den positiven Kategorien überrascht vor allem die Häufigkeitsabnahme in den Kategorien PH ($p < .005$). Die Mütter der Gruppe M (Münzsystem) gaben ihren Kindern für

einen begrenzten Zeitraum (Sitzung 9 - 14) zunehmend weniger Hilfestellungen.

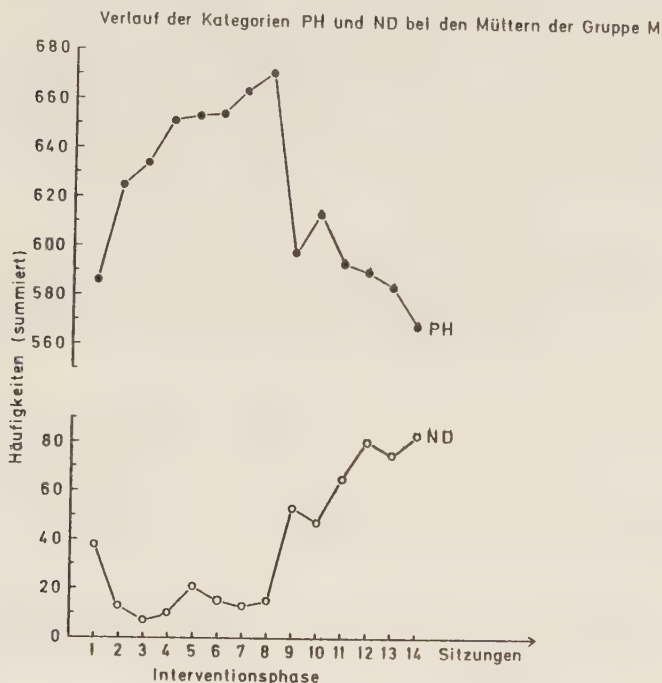


Abbildung 5

Abkürzungen:

Gruppe M: Münzökonomie

PH: Anregung, Hilfestellung geben, informative Fragen

ND: direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes

Aus Abbildung 5 wird hingegen deutlich, daß diese Mütter, die an dem "Eingreifen in das Arbeitsmaterial des Kindes" und ähnlichen in a d ä q u a t e n Hilfestellungen nicht durch eine gezielte Instruktion gehindert worden sind, lediglich die A r t ihrer Unter-

stützung geändert haben. Gegenläufig zur Hilfestellung im Sinne der Kategorie PH haben sie im Verlauf der Behandlung ihren Kindern vermehrt in inadäquater, überbeschützender Weise Hilfe erteilt.

Möglicherweise ist die Überfürsorge der Mütter aus einer Verunsicherung durch das von den Kindern gezeigte Verhalten zu verstehen. In der vorangegangenen 8. Therapiesitzung sinkt das Arbeitsverhalten (PA) der Kinder deutlich ab, während ihre negativen Reaktionen stark ansteigen (s. Abb. 11, S. 147).

Im weiteren Verlauf der Behandlung wird der Trend dann wieder rückläufig, entsprechend auch das in den Kategorien PH und ND zusammengefaßte Verhalten der Mütter (s. dazu auch S. 132 - 133, 160).

Bei der Untersuchung des Gesamtverlaufs von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase ergeben sich daher auch bei den Müttern der Gruppe M (Münzsystem) in allen Kategorien eindeutige Veränderungen in erwarteter Richtung (s. Tabelle 8).

Sie zeigen ebenfalls mehr erwünschte und weniger inadäquate Verhaltensweisen und damit eine systematische Tendenz zur "Besserung".

Tabelle 8 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART/COCHRAN)

Verlauf von Beobachtungsphase I zu Beobachtungsphase II
(Gruppe M: Mütter)

Kat.	Gruppe M: Mütter			
	$\bar{x}$ BI	$\bar{x}$ BII	χ^2	p-Wert
PH	79,13	96.63	6.96	p < .005
PL	3.13	6.50	4.71	p < .05
PE	1.70	4.15	4.09	p < .05
P	83.90	107.30	11.45	p < .001
NK	6.80	1.55	13.18	p < .001
NW	5.38	0.00	21.52	p < .001
ND	17.68	10.63	7.02	p < .05
NE	6.28	0.58	18.94	p < .001
N	36.10	12.70	44.88	p < .001

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Bei den Müttern der Kontrollgruppe ist im Vergleich zu den behandelten Gruppen in der zweiten Beobachtungsphase eine Abnahme der positiven und eine Zunahme der negativen Verhaltensweisen zu beobachten.

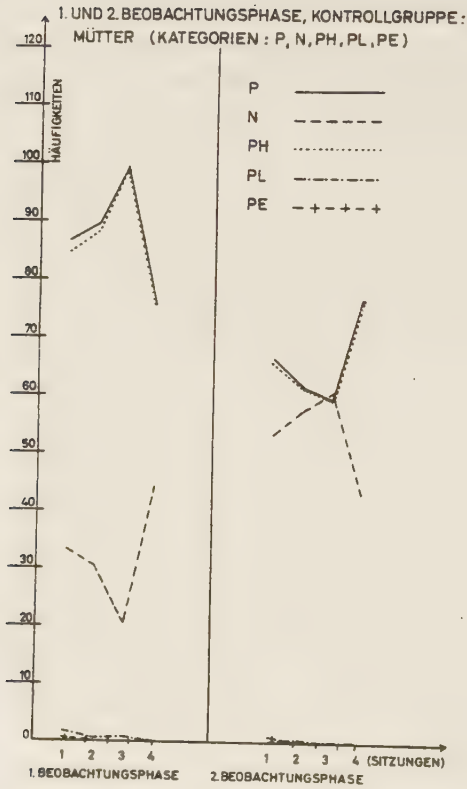


Abbildung 6

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

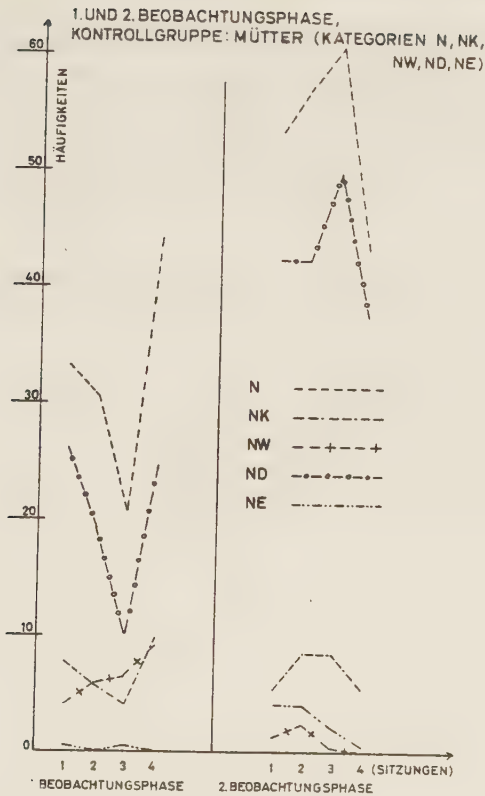


Abbildung 7

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

In der Kontrollgruppe sind die Sammelkategorie P (positives Verhalten dem Kind gegenüber) und die Kategorie PH (Hilfestellungen geben) ebenfalls fast identisch. Lob (PL)

oder adäquates Eingehen auf das Kind (PE) kommen fast gar nicht vor, während ND: direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes, auch hier die stärkste negative Kategorie bildet.

Auf Grund des Trendtests zur Überprüfung der Veränderungen von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase hat sich die Abnahme der positiven Verhaltensweisen (PH: $p < .001$; P: $p < .05$) und die Zunahme der negativen Verhaltensweisen (ND: $p < .001$; N: $p < .05$) als bedeutsam erwiesen (s. Tabelle 9). (S. zu diesem Ergebnis auch S. 114).

Tabelle 9 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART/COCHRAN)

Verlauf von Beobachtungsphase I zu Beobachtungsphase II
(Gruppe K: Mütter)

Kat.	Gruppe K: Mütter			
	$\bar{x}$ BI	$\bar{x}$ BII	χ^2	p-Wert
PH	87.50	66.15	11.8	$p < .001+$
PL	0.65	0.05	0.5	$p > .05$
PE	0.20	0.20	0	$p > .05$
P	87.75	66.40	3.0	$p < .05 +$
NK	8.90	6.95	1.1	$p > .05$
NW	6.35	1.00	3.8	$p < .05$
ND	18.55	43.00	9.7	$p < .001+$
NE	0.20	2.60	2.1	$p > .05$
N	32.25	53.60	5.3	$p < .05 +$

(+ : Abnahme oder Zunahme an Häufigkeiten entgegen der Erwartung)

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Für die Kindergruppen ergibt sich ein etwas anderes Bild. Zur Veranschaulichung sollen zunächst wieder die einzelnen Verläufe vorgestellt werden.

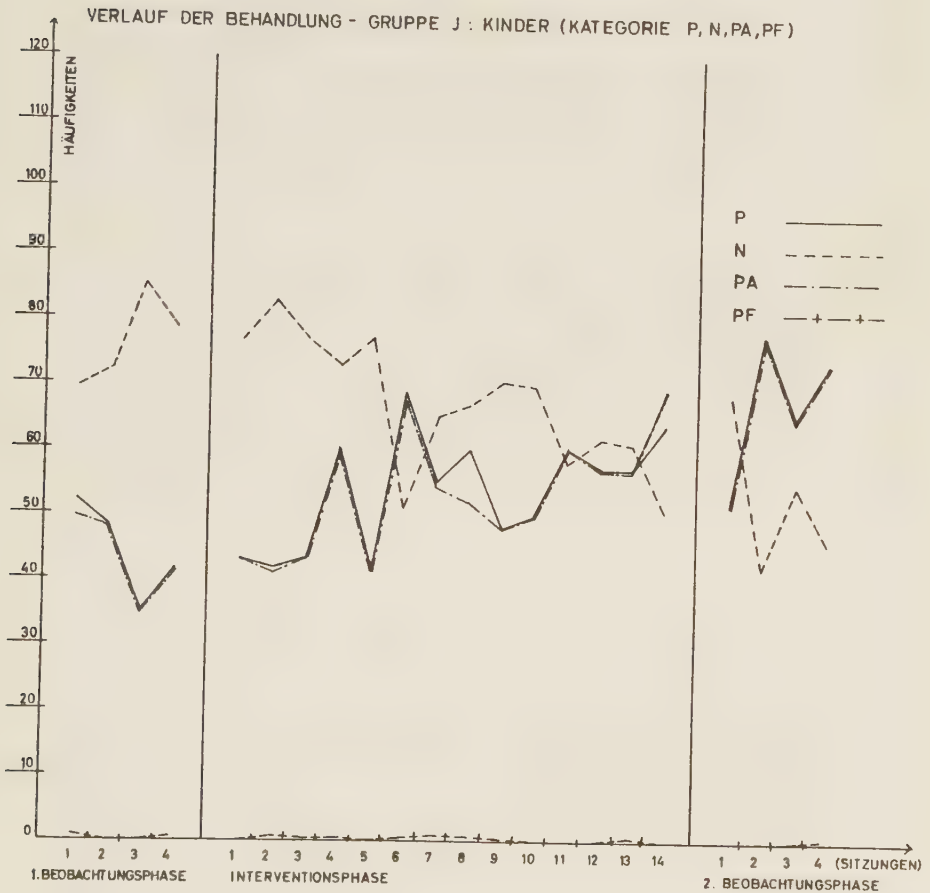


Abbildung 8

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

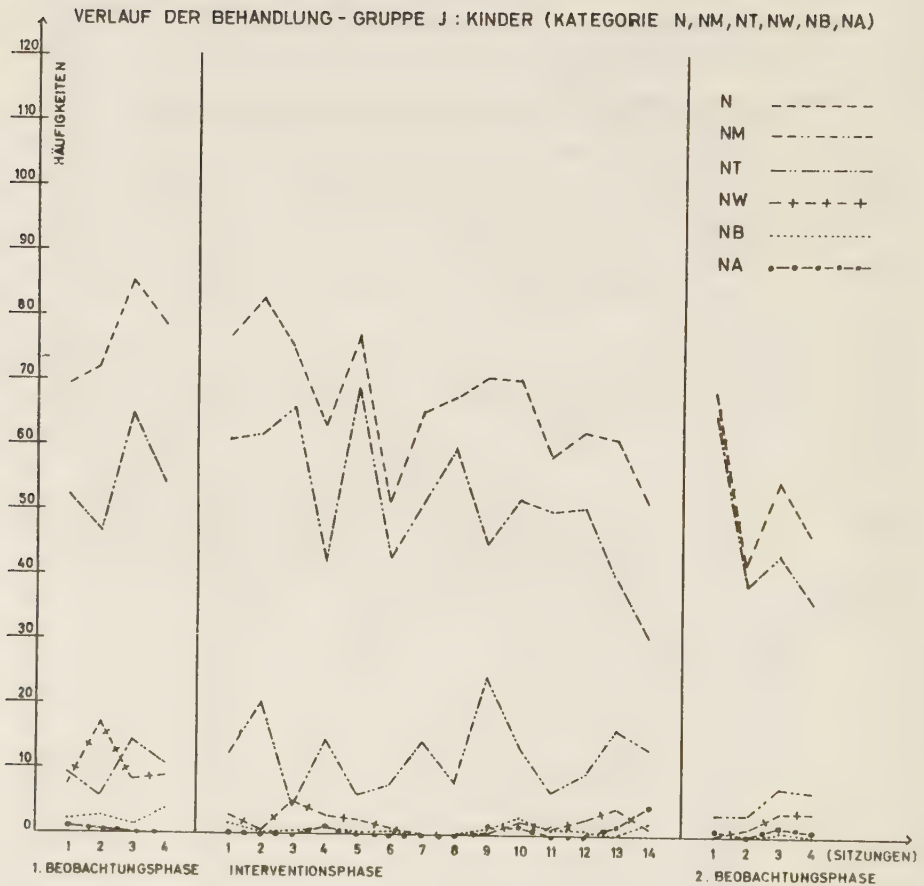


Abbildung 9

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Bei den Abbildungen 8 und 9 zum Behandlungsverlauf der Kindergruppe I (verbale Instruktionen) fällt auf, daß die Kinder in der ersten Beobachtungsphase sehr viel mehr Stör-

verhaltensweisen zeigen, als wirkliches Arbeitsverhalten.

Das positive Verhalten steigt nach starken Schwankungen am Ende der Behandlung an. Eine Stabilisierung und deutliche Besserung wird aber erst in der zweiten Beobachtungsphase erreicht.

Bei den Kindern deckt das Arbeitsverhalten (PA) die positiven Kategorien fast ganz ab (s. dazu auch Tabelle 26, S. 200). Freudige Reaktionen bei der Arbeit (PF) sind extrem selten und nehmen auch im Verlauf der Behandlung kaum zu.

Entsprechend ist der Verlauf der negativen Verhaltensweisen. Das häufigste Störverhalten, die motorische Unruhe (NM), geht erst in der neunten Sitzung zurück, dann noch einmal stärker und konsistent in der zwölften Sitzung. Die Trotzreaktionen (NT) nehmen nach der ersten Beobachtungsphase zu. Vermutlich wagen die Kinder erst mit längerer Gewöhnung an die Situation, sich wirklich zu zeigen. Eine Veränderung dieses Verhaltens tritt erst nach Beendigung des Trainings in der zweiten Beobachtungsphase ein (s. Abb. 10).

Die Häufigkeitsbesetzung in der Kategorie NT (Trotzreaktionen) ist in allen Gruppen ähnlich. Bei beiden Interventionsgruppen steigen die Trotzreaktionen mit der ersten Therapiesitzung an; erst nach Abschluß der Behandlung, in der zweiten Beobachtungsphase nehmen sie wieder deutlich ab. Trotzreaktionen treten erst nach einer Eingewöhnungsphase auf. Sie sind oft beobachtet worden, wenn die Mütter sehr unsicher waren, z. B. bei der Erklärung einer Aufgabe, bei schwierigen Aufforderungen u. ä.. Die Abnahme des Trotzverhaltens in der zweiten Beobachtungsphase kann umgekehrt durch das größere Geschick und die Sicherheit der Mütter erklärt werden, die eine positive Auswirkung auf das Verhalten der Kinder haben.

Die Überprüfung der Daten mit dem Trendtest ergibt in der Kindergruppe I (verbale Instruktionen) auch innerhalb der

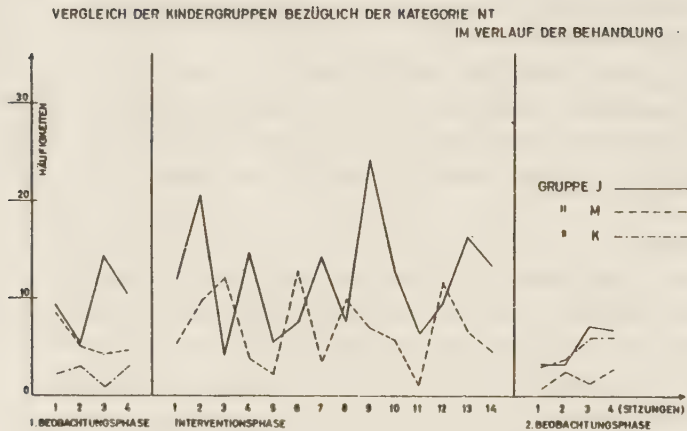


Abbildung 10

Abkürzungen:

- Gruppe I: verbale Instruktionen
 Gruppe M: Münzökonomie
 Gruppe K: Kontrollgruppe
 NT: Trotzreaktionen

Behandlungsphase bei einem Vergleich des ersten und dritten Drittels eine deutliche Veränderung des Verlaufs in den Kategorien PA (Arbeitsverhalten), PF (freudige Reaktion) und NM (motorische Unruhe), NA (alberne Verhaltensweisen) ($p < .05$), (s. Tabelle 10).

Die Kinder arbeiten mehr, motorische Unruhe und Herumalbern gehen zurück.

Wird das Verhalten von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase verglichen, kann eine Veränderung in fast

Tabelle 10 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART)

Verlauf der Therapiephase, Gruppe I: Kinder

Kat.	Gruppe I: Kinder			
	Richtg. d. Differ.		$\hat{z}$ -Werte	p-Wert
	+	-		
PA	8	2	2.18	p < .05
PF	-	3	2.04	p < .05
P	5	5	0.22	p > .05
NM	9	1	2.84	p < .005
NT	4	6	0.44	p > .05
NW	5	5	0.22	p > .05
NB	2	5	1.13	p > .05
NA	-	5	2.77	p < .005
N	5	5	0.22	p > .05

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

allen beobachteten Verhaltensweisen festgestellt werden (s. Tabelle 11). Das Arbeitsverhalten ist besser geworden. Die Kinder sind weniger abgelenkt, weniger trotzig und bewältigen dabei natürlich auch ein größeres Arbeitspensum.

Tabelle 11 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART/COCHRAN)

Verlauf von Beobachtungsphase I zu Beobachtungsphase II
(Gruppe I: Kinder)

Kat.	Gruppe I			
	$\bar{x}$ BI	$\bar{x}$ BII	^{2}	p-Wert
PA	43.43	67.08	20.2	p < .001
PF	0.23	0.08	0.3	p > .05
P	43.63	67.15	19.9	p < .001
NM	54.40	45.38	3.3	p < .05
NT	9.88	5.08	6.2	p < .01
NW	10.23	2.00	22.1	p < .001
NB	2.28	0.08	8.2	p < .01
NA	0.35	0.35	0	p > .05
N	76.38	52.85	17.1	p < .001

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Auch die Kinder der Gruppe M (Münzsystem) beginnen, wie Abbildung 11 und 12 zeigen, mit einer sehr niedrigen Rate positiver und einer sehr hohen Rate negativer Verhaltensweisen.

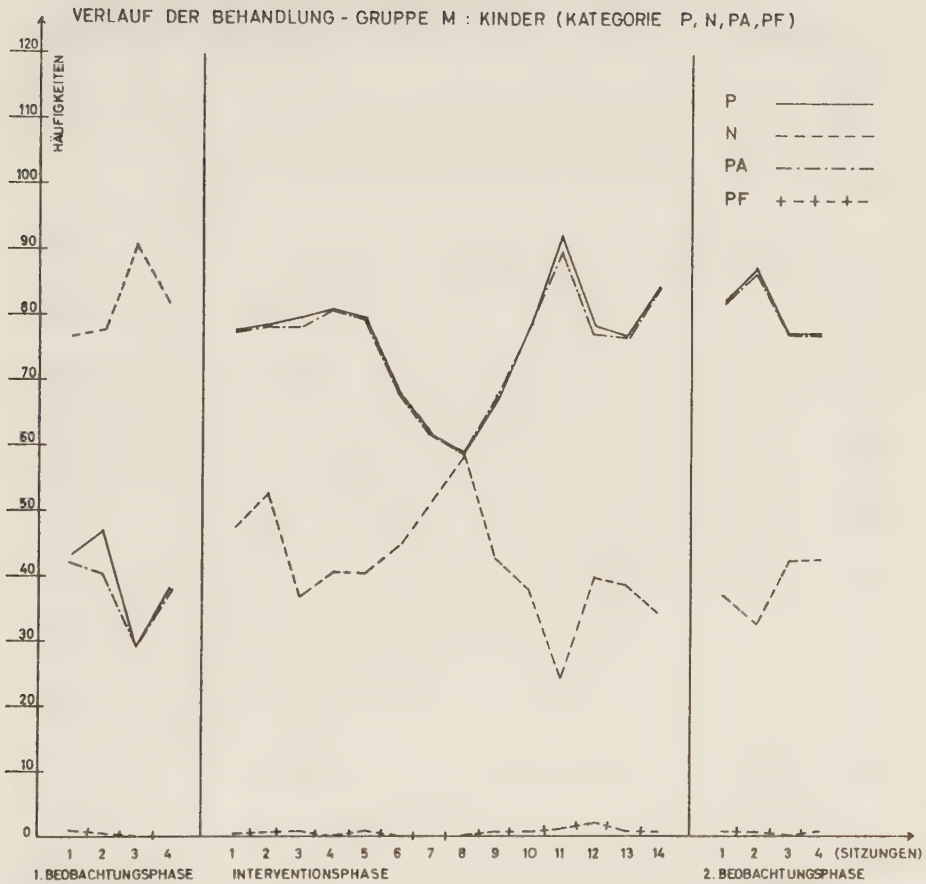


Abbildung 11

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf
S. 201.

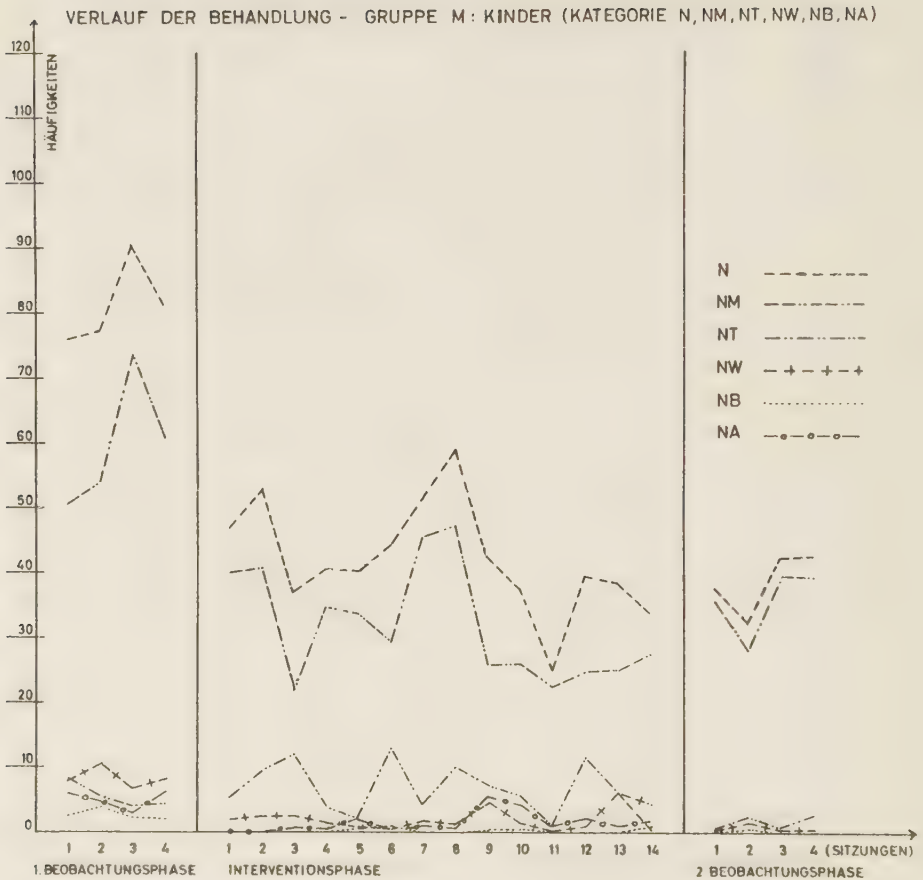


Abbildung 12

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Im Vergleich zur Gruppe I (verbale Instruktionen) kehren sie das Verhältnis jedoch bereits in der ersten Trainings-sitzung um und zeigen mit Beginn der Behandlung

eine deutliche Zunahme kooperativer Verhaltensweisen, während das Störverhalten entsprechend zurückgeht. Sie steigern sich dann im Verlauf des Trainings jedoch wenig.

Die Kinder der Gruppe I (verbale Instruktionen) haben dagegen einen sehr viel langsameren Start, erreichen nach Abschluß der Intervention jedoch ein Niveau, das sich nicht mehr bedeutsam von dem der Gruppe M (Münzsystem) unterscheidet.

Für eine rasche Anbahnung erwünschter Verhaltensweisen ist hiernach die Anwendung eines Münzsystems als sehr effektiv anzusehen.

Bezüglich der einzelnen Verhaltensweisen bestehen viele Ähnlichkeiten zwischen den beiden Kindergruppen.

Bei der Gruppe M (Münzsystem) ist das Arbeitsverhalten (PA) ebenfalls fast identisch mit dem gesamten positiven Verhalten. Noch deutlicher als in der Gruppe I (verbale Instruktionen) ist bei diesen Kindern ein allmählicher Rückgang des Arbeitsverhaltens zu beobachten, das in der 8. Sitzung seinen Tiefpunkt hat, danach aber allmählich ansteigt und stabil bleibt.

In der siebten Sitzung haben die Kinder eine Hilfestellung zur Lösung ihrer Aufgaben bekommen. Vermutlich ist das allmähliche Ansteigen des Arbeitsverhaltens in der 8. Sitzung als verzögerter positiver Effekt dieser Übung zu sehen.

Auch in dieser Gruppe ist die motorische Unruhe (NM) die stärkste Störverhaltensweise. Sie beinhaltet fast das gesamte negative Verhalten. Alle übrigen Kategorien sind nur schwach besetzt.

Mit dem Trendtest ist bei den Kindern der Gruppe M (Münzsystem) ebenfalls innerhalb der Therapiephase in den starken Kategorien (NM: $p < .05$; PA: $p < .05$) eine deutliche Veränderung nachweisbar (s. Tabelle 12).

Die Zunahme alberner Verhaltensweisen (NA: $p < .01$) ist in dieser Gruppe vor allem durch das Verhalten eines Kindes, Patricia, zustandegekommen. Dieses Mädchen war in der

ersten Hälfte der Therapie mit den Aufgaben seiner Klasse leistungsmäßig völlig überfordert, so daß es selbst bei den einfachsten Rechenaufgaben keine Belohnung erhalten konnte.

Tabelle 12 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART)

Verlauf der Therapiephase, Gruppe M: Kinder

Kat.	Gruppe M: Kinder			
	Richtg.d.Differenz		$\hat{z}$ -Wert	p-Wert
	+	-		
PA	8	2	2.18	p < .05
PF	5	3	0.45	p > .05
P	8	2	2.18	p < .05
NM	9	1	2.84	p < .005
NT	4	6	0.44	p > .05
NW	8	2	2.18	p < .05
NB	2	0	0.64	p > .05
NA	1	9	2.40	p < .01+
N	7	3	1.53	p > .05

(+: Abnahme oder Zunahme an Häufigkeiten entgegen der Erwartung)

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Die leichte Zunahme von Trotzreaktionen ist ebenfalls auf Patricia zurückzuführen. Als ihre Leistungen in der

zweiten Hälfte der Behandlung auf Grund gezielter Nachhilfestunden besser wurden und die Mutter entsprechend mehr lobte, reagierte Patricia auf das ungewohnte Lob nicht freudig, wie es im Normalfall zu erwarten gewesen wäre, sondern verhielt sich geziert und albern. Abbildung 13 veranschaulicht diesen Sachverhalt.

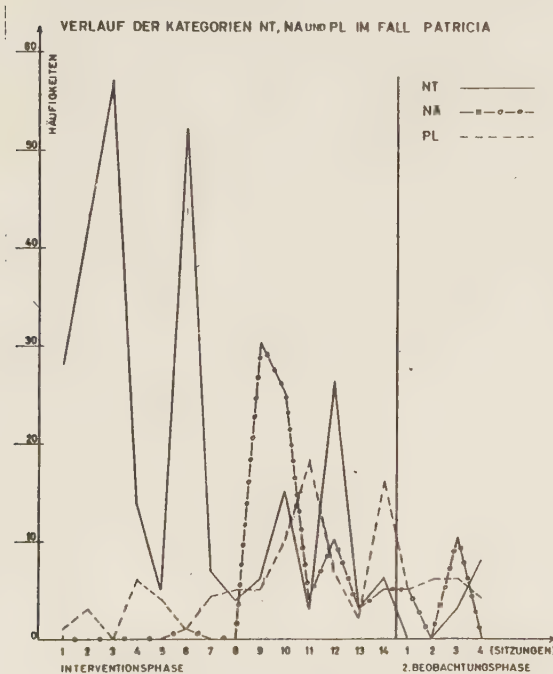


Abbildung 13

Abkürzungen:

NT: Kind zeigt Trotzreaktionen

NA: Kind zeigt alberne Verhaltensweisen

PL: Mutter lobt

Auf Grund des Trendtests sind in der Gruppe M (Münzsystem) von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase in allen Kategorien Veränderungen zu beobachten (s. Tabelle 13).

Tabelle 13 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART/COCHRAN)

Verlauf von Beobachtungsphase I zu Beobachtungsphase II
(Gruppe M: Kinder)

Kat.	Gruppe M: Kinder			
	$\bar{x}$ BI	$\bar{x}$ BII	χ^2	p-Wert
PA	37.68	81.05	63.42	p < .001
PF	0.25	0.20	0.021	p > .05
P	37.95	81.28	62.98	p < .001
NM	39.83	35.45	24.95	p < .001
NT	5.73	1.83	8.05	p < .001
NW	8.63	0.63	27.64	p < .001
NB	5.13	0.83	12.40	p < .001
NA	2.78	0.05	10.49	p < .001
N	81.65	38.73	61.21	p < .001

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Das Verhalten der Kinder der Kontrollgruppe ist von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase (s. Abb. 14 und 15) weitgehend gleich geblieben.

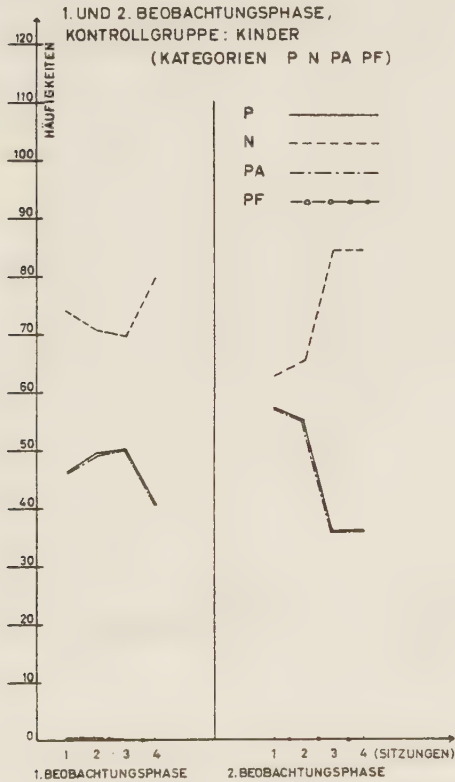


Abbildung 14

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt
S. 201.

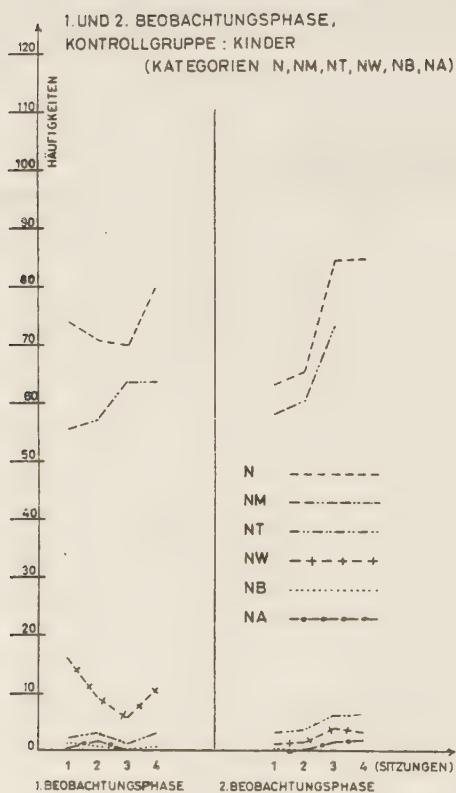


Abbildung 15

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt
S. 201.

Bei ihnen kann eine leichte Abnahme der positiven und eine Zunahme der negativen Verhaltensweisen beobachtet werden (s. Tabelle 14), die Differenz ist jedoch nicht signifikant.

Tabelle 14 Vorzeichen-Trendtest (COX u. STUART/COCHRAN)

Verlauf von Beobachtungsphase I zu Beobachtungsphase II
(Gruppe K: Kinder)

Kat.	Gruppe K: Kinder			
	$\bar{x}$ BI	$\bar{x}$ BII	χ^2	p-Wert
PA	46.50	45.90	0	p > .05
PF	0.15	0	0.6	p > .05
P	46.65	45.90	0	p > .05
NM	59.50	65.70	1.2	p > .05
NT	2.30	4.65	3.2	p < .05 +
NW	10.15	2.45	18.8	p < .001+
NB	0.35	0.10	0.5	p > .05
NA	0.45	0.90	0.6	p > .05
N	73.35	74.23	0	p > .05

(+: Abnahme oder Zunahme an Häufigkeiten entgegen der Erwartung)

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt S. 201.

Allgemein zeigen die Ergebnisse der Trendanalyse bedeutende Veränderungen im Sinne der Interventionsziele bei Müttern und Kindern der behandelten Gruppen, während das Verhalten der Kontrollgruppe weitgehend gleich geblieben ist. Die eingetretenen Veränderungen können daher auf die Intervention zurückgeführt werden.

3. Die Untersuchung der zweiten Beobachtungsphase

Auch die weiteren Überprüfungen bestätigen im wesentlichen die Ergebnisse der Trendanalyse.

Nach Abschluß des Trainings in der zweiten Beobachtungsphase ergibt ein Vergleich der Müttergruppen mit dem H-Test bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen (s. Tabelle 15).

Tabelle 15 H-Test (KRUSKAL u. WALLIS)

2. Beobachtungsphase: Mütter				
Kat.	Rangsumme			H-Werte
	Gr. I	Gr. M	Gr. K	
PH	71.0	56.0	17.0	1.40 p > .05
PL	64.0	74.0	15.0	11.10 p < .01
PE	75.0	60.0	18.0	9.45 p < .01
P	8.40	54.0	15.0	12.36 p < .01
NK	64.5	63.5	25.0	4.30 p > .05
NW	55.0	63.0	35.0	5.73 p > .05
ND	87.0	51.0	15.0	13.87 p < .001
NE	43.5	73.5	36.0	6.36 p < .05
N	84.0	54.0	15.0	12.60 p < .01

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Die zusätzliche Überprüfung mit dem "Distribution-free test of ordered alternatives" nach JONCKHEERE und TERPSTRA (HOLLANDER, M., WOLFG, D.A. (1973) hat erfreulicherweise für fast alle Kategorien die ursprüngliche Erwartung bestätigt (s. Tabelle 16): die Mütter der Gruppe I zeigen mehr positive und weniger negative Verhaltensweisen als die Mütter der Gruppe M. Beide Gruppen sind der Kontrollgruppe deutlich überlegen (Gr. K $\angle$ Gr. M $\angle$ Gr.I).

Tabelle 16 Distribution-free test of ordered alternatives (JONCKHEERE und TERPESTRA)

2. Beobachtungsphase: Mütter		
Kat.	J-Werte	
PH	79	$p < .01$
PL	72	$p < .05$
PE	81	$p < .005$
P	89	$p < .005$
NK	66	$p < .05$
NW	18	$p > .05$
ND	96	$p < .005$
NE	41	$p > .05$
N	93	$p < .005$

$$H_1 = FK \angle FM \angle FJ$$

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Nicht eindeutig kann diese Abfolge für die Kategorien NW (Abwendung vom Kind) und NE (unadäquates Eingehen auf das

Verhalten des Kindes) nachgewiesen werden. Beide Kategorien sind allerdings wegen ihrer extrem niedrigen Auftretenshäufigkeit für diese Analyse uninteressant. Auch für die zweite Beobachtungsphase ist eine Überprüfung der einzelnen Gruppen gegeneinander mit dem U-Test vorgenommen worden. Sie hat zu folgenden Ergebnissen geführt (s. Tabelle 17):

Tabelle 17 U-Test (MANN u. WHITNEY)

2. Beobachtungsphase: Mütter											
Kat.	U-Werte										
	Gr. I - K			Gr. M - K			Gr. I - M				
PH	(12)	1	p <.01	(11)	1	p <.01	(12)	15	p >.05		
PL	(12)	0	p <.01	(11)	0	p <.01	(8)	10	p >.05		
PE	(12)	0	p <.01	(11)	3	p <.05	(12)	12	p >.05		
P	(12)	0	p <.01	(11)	0	p <.01	(12)	3	p <.01		
NK	(12)	5	p <.05	(11)	5	p <.05	(6)	5	p >.05		
NW	(4)	0	p <.01	(5)	0	p >.05	(2)	1	-		
ND	(12)	0	p <.01	(11)	0	p <.01	(12)	0	p <.001		
NE	(12)	5	p <.05	(7)	1	p >.05	(6)	9	p >.05		
N	(12)	0	p <.01	(11)	0	p <.01	(12)	3	p <.01		

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Die Mütter der Gruppe I, die eine Beratung über rein verbale Instruktionen erhalten haben, unterscheiden sich

in allen beobachteten Verhaltensweisen bedeutsam von den Müttern der Kontrollgruppe (PH, PL, PE, P; ND, N: $p < .01$; NK, NE: $p < .05$; die Kategorie NW: "Abwendung vom Kind" entfällt in dieser zweiten Beobachtungsphase fast ganz, in beiden Gruppen).

Diese Mütter zeigen wesentlich mehr erwünschte Verhaltensweisen, während die negativen Reaktionen im Vergleich zur Kontrollgruppe deutlich geringer sind.

Die Ergebnisse berechtigen zu der Annahme, daß die Unterschiede im beobachteten Verhalten der Müttergruppen nicht zufällig, sondern durch die Intervention zustandegekommen sind.

Hochsignifikante Unterschiede ($p < .01$) zwischen den Müttern der Gruppe I (verbale Instruktionen) und der Gruppe K (Kontrollgruppe) ergeben sich in den Verhaltensweisen, die in den Instruktionen für die Mütter der Gruppe I direkt angesprochen worden sind: mit der ersten Instruktion werden die Mütter aufgefordert, ihr Kind zu loben (PL); die zweite und dritte Instruktion halten sie an, Störverhalten zu ignorieren und "adäquat" auf ihr Kind einzugehen (PE). In der vierten Instruktion wird den Müttern geraten, nicht direkt in das Arbeitsmaterial des Kindes zu greifen (ND). Die fünfte schließlich bezieht sich auf sachliche Hilfestellungen, die sie den Kindern geben sollten (PH) (s. die Instruktionen im Anhang S. 261 - 269).

Aber auch in den während der Behandlung nicht direkt angesprochenen Verhaltensweisen, "negative Kritik am Kind" (NK) und "inadäquates Eingehen auf das Kind" (NE) unterschieden sich die behandelten Mütter deutlich ($p < .05$) von den Müttern der Kontrollgruppe.

Der Vergleich der Müttergruppe M, der die Handhabung eines Münzsystems vermittelt worden ist, mit der Kontrollgruppe führt zu ähnlichen Ergebnissen (PH, PL, P, ND, N: $p < .01$; PE, NK: $p < .05$; NW, NE: $p < .05$).

Unter den einzelnen beobachteten Verhaltensweisen fällt bei dieser Müttergruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe in der Kategorie ND ein positiver Generalisierungseffekt auf: nach Abschluß des Trainings stören die Mütter der Gruppe M (Münzsystem) im Vergleich zu den Müttern der Kontrollgruppe die Arbeit ihres Kindes weniger durch direktes Eingreifen (ND: $p < .01$).

Obwohl sie hierfür keine explizite Instruktion erhalten haben, gehen diese Mütter, die gelernt haben, geschickter mit ihren Kindern umzugehen, allmählich auch souveräner mit ihnen um. Sie billigen dem Kind mehr Freiraum zu und gestatten ihm, selbständiger zu arbeiten (s. dazu auch S. 174). Der Vergleich der beiden behandelten Gruppen bezüglich der Kategorie ND ergibt jedoch eine deutliche Überlegenheit der Gruppe I (verbale Instruktionen) (ND: $p < .001$) (s. dazu Abb. 16).

Die ursprüngliche Annahme, die Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen) würden für den Umgang mit ihren Kindern mehr profitieren als die Mütter der Gruppe M (Münzsystem), kann nur z. T. bestätigt werden. Außer für ND (direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes) kann der Effekt noch nachgewiesen werden, wenn kooperative und negative Verhaltensweisen der Mütter zu je einer Sammelkategorie zusammengefaßt werden (P und N), nicht jedoch für die übrigen Einzelkategorien (s. Tabelle 17). Beide behandelten Müttergruppen sind allerdings der Kontrollgruppe klar überlegen.

Die Ergebnisse in den K i n d e r g r u p p e n sind weniger eindeutig. Die drei Gruppen unterscheiden sich auf Grund des H-Tests auch nach der Behandlung nicht bedeutsam voneinander, in keiner der beobachteten Verhaltensweisen (s. Tabelle 18).

VERGLEICH DER MÜTTERGRUPPEN BEZÜGLICH DER KATEGORIE ND

IM VERLAUF DER BEHANDLUNG

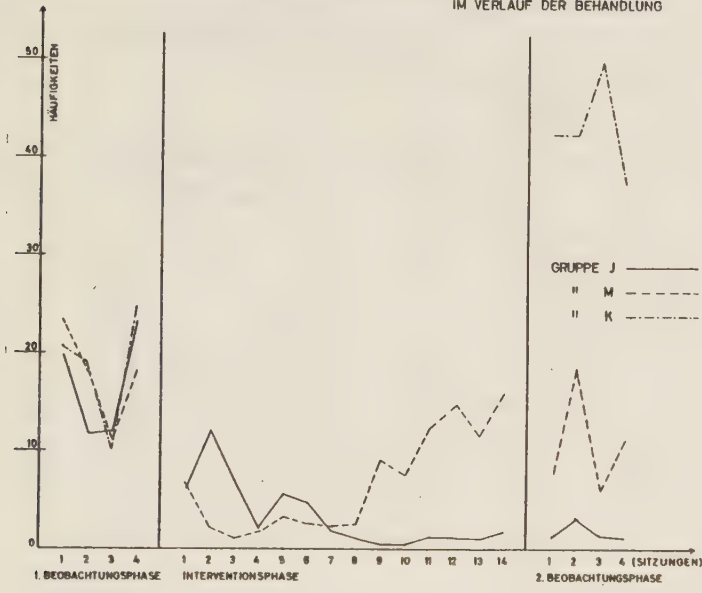


Abbildung 16

Abkürzungen:

Gruppe I: verbale Instruktionen

Gruppe M: Münzsystem

Gruppe K: Kontrollgruppe

ND: direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes.

Tabelle 18 H-Test (KRUSKAL u. WALLIS)

2. Beobachtungsphase: Kinder				
Kat.	Rangsumme			H-Werte
	Gr.I	Gr.M	Gr.K	
PA	52.0	75.0	26.0	5.41 p > .05
PF	50.0	50.0	35.0	- -
P	52.0	74.0	26.0	4.44 p > .05
NM	56.0	72.0	25.0	4.95 p > .05
NT	63.5	59.0	30.5	2.33 p > .05
NW	65.0	56.5	31.5	2.44 p > .05
NB	54.0	55.5	43.5	1.59 p > .05
NA	61.0	58.0	34.0	1.34 p > .05
N	45.0	66.0	42.0	1.22 p > .05

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Werden die Gruppen einzeln miteinander verglichen, so zeigen die behandelten Kinder durchgehend eine Tendenz zu mehr kooperativen und weniger Störverhaltensweisen als die der Kontrollgruppe. Im statistischen Sinne besteht jedoch kein bedeutsamer Unterschied (s. Tabelle 19).

Die Kinder der Gruppe M (Münzsystem) schneiden bei dem Vergleich mit der Kontrollgruppe sehr viel günstiger ab als die Kinder der Gruppe I (verbale Instruktionen) (PA, P, NM, N: p < .01; NW: p < .05, s. Tabelle 19).

Tabelle 19. U-Test (MANN u. WHITNEY)

2. Beobachtungsphase: Kinder			
Kat.	U-Werte		
	Gr. I - K	Gr. M - K	Gr. I - M
PA	(11) 9 p > .05	(11) 2 p < .01	(12) 23 p > .05
PF	- -	(5) 0 p > .05	(6) 7 p > .05
P	(11) 9 p > .05	(11) 2 p < .01	(12) 23 p > .05
NM	(11) 8 p > .05	(11) 2 p < .01	(12) 20 p > .05
NT	(9) 6 p > .05	(11) 7 p > .05	(8) 7 p > .05
NW	(11) 8 p > .05	(9) 2 p < .05	(8) 8 p > .05
NB	- -	(3) 0 -	(2) 1 -
NA	(5) 0 p > .05	(9) 7 p > .05	(6) 3 p > .05
N	(11) 9 p > .05	(11) 2 p < .01	(12) 23 p > .05

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Hier bestehen bedeutsame Unterschiede in den wichtigsten Kinderkategorien PA und NM, d. h. die Kinder der Gruppe M arbeiten nach Abschluß der Behandlung wesentlich intensiver als die Kinder der Kontrollgruppe und sind dabei motorisch sehr viel ruhiger.

Für den erfolgreichen Verlauf der Kindergruppe M dürfte das Münzsystem verantwortlich sein. Die Kinder sind von der ersten Sitzung an für ruhiges Arbeiten mit Münzen belohnt worden.

Die Kinder der Gruppe I (verbale Instruktionen) unterscheiden sich nicht bedeutsam von den Kindern der Kontrollgruppe.

Auch beide Interventionsgruppen unterscheiden sich nicht bedeutsam voneinander, in keiner der beobachteten Verhaltensweisen.

Abbildung 17 soll noch einmal die unterschiedlichen Verläufe der drei Kindergruppen während der Behandlung veranschaulichen (s. Abbildung 17, S. 165).

In der K o n t r o l l g r u p p e bleiben positive und negative Verhaltensweisen von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase etwa auf dem gleichen Niveau.

Die Kinder der G r u p p e I (verbale Instruktionen) zeigen ab der vierten Interventionssitzung einen Anstieg ihrer positiven Reaktionen, der ab der sechsten Sitzung dann weitgehend konstant bleibt. Ein weiterer Anstieg erfolgt erst mit Beginn der zweiten Beobachtungsphase.

In der G r u p p e M (Münzsystem) nimmt das kooperative Verhalten schon mit der ersten Sitzung stark zu. Das hier erreichte Niveau bleibt bis zur fünften Sitzung konstant, fällt dann ab und steigt mit der achten wieder an.

Die Gruppe M (Münzsystem) ist fast während der gesamten Interventionsphase der Gruppe I (verbale Instruktionen) überlegen, die erst in den letzten Sitzungen ein vergleichbares Niveau erreicht.

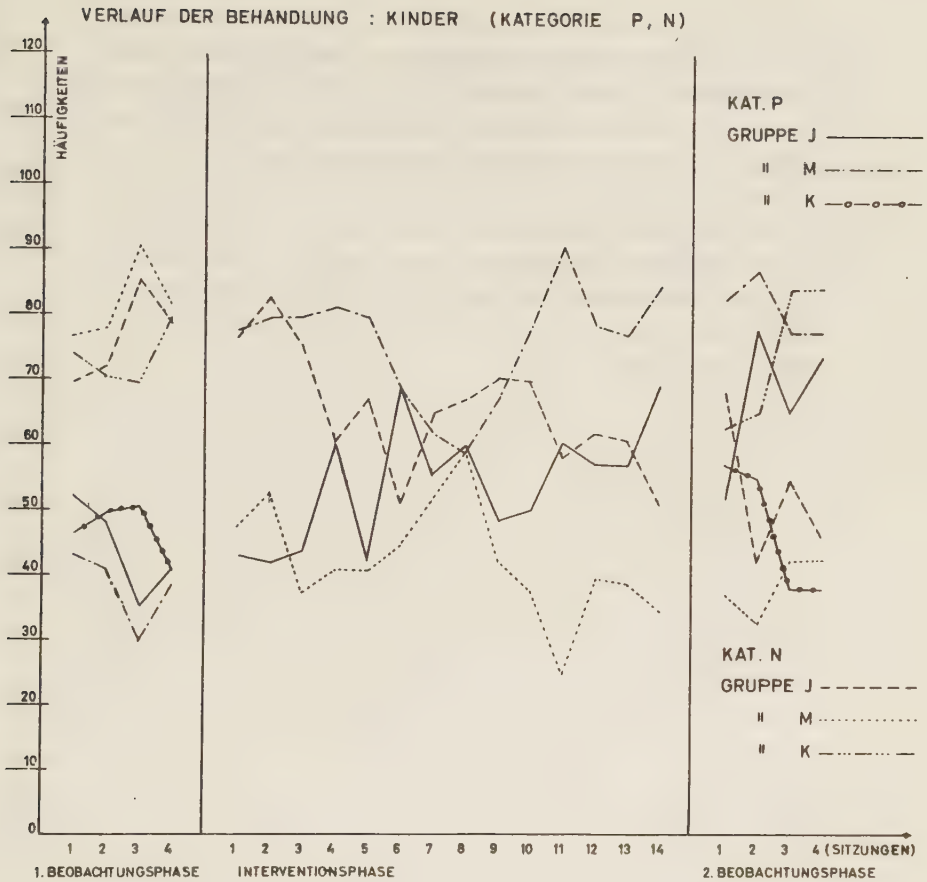


Abbildung 17

Abkürzungen:

- Gruppe I: verbale Instruktionen
 Gruppe M: Münzsystem
 Gruppe K: Kontrollgruppe
 P: kooperatives Verhalten
 N: negative Verhaltensweisen

Abbildung 18 auf der folgenden Seite zeigt den Verlauf der Kategorien PA (Arbeitsverhalten) und NM (motorische Unruhe) für alle drei Kindergruppen. Er ist fast identisch mit den Kurven für die Kategorien P (kooperatives Verhalten) und N (negative Verhaltensweisen).

In beiden Interventionsgruppen kann ab der neunten Sitzung ein erneuter Anstieg des Arbeitsverhaltens und ein Abfall des Störverhaltens beobachtet werden. Der Verlauf ist für beide Gruppen von diesem Zeitpunkt an zum erstenmal parallel.

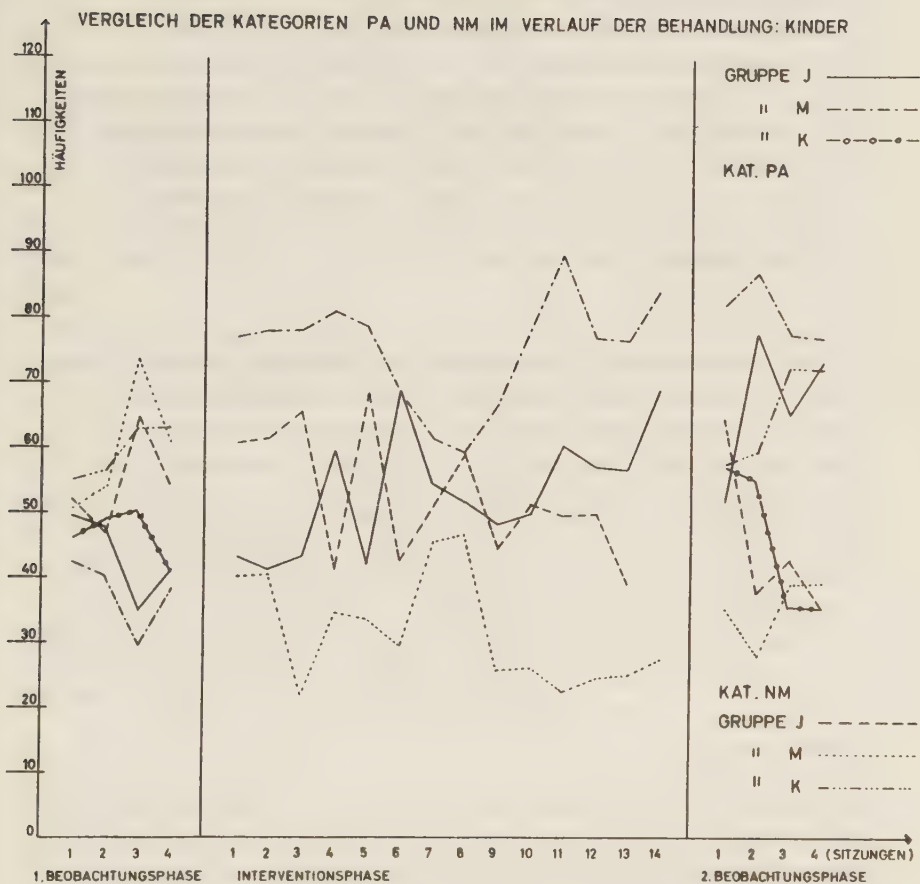


Abbildung 18

Abkürzungen:

- Gruppe I: verbale Instruktionen
 Gruppe M: Münzsystem
 Gruppe K: Kontrollgruppe
 PA: Arbeitsverhalten
 NM: motorische Unruhe

In der neunten Sitzung sind für Mütter und Kinder die letzten Instruktionen erteilt worden, bei den Müttern zum "angemessenen Eingehen auf das Kind", bei den Kindern zur "Selbstkontrolle".

Hiermit scheinen genügend Hilfestellungen gegeben zu sein, um auch bei den Kindern die erwünschten Verhaltensweisen zu erzielen. Neun oder zehn Interventionssitzungen sind demnach erforderlich, um in einem Programm, das Mütter als Therapeuten einsetzt, auch das Verhalten der Kinder zu stabilisieren.

Z u s a m m e n g e f a ß t ergibt dieser Gruppenvergleich eine Überlegenheit beider behandelten K i n - d e r g r u p p e n gegenüber der Kontrollgruppe. Zusätzlich ist die Kindergruppe M (Münzsystem) in der Tendenz der Gruppe I (verbale Instruktionen) überlegen.

Die Unterschiede zwischen beiden Gruppen liegen jedoch vor allem im V e r l a u f , nicht im Endergebnis. Dabei hat sich zur A n b a h n u n g erwünschter Verhaltensweisen die Verwendung eines M ü n z s y s t e m s als sehr vorteilhaft erwiesen. Bei länger andauernder Behandlung werden durch v e r b a l e I n s t r u k - t i o n e n allein allerdings ähnliche Erfolge erzielt.

Bei den M ü t t e r g r u p p e n ist dieser Sachverhalt umgekehrt. Die Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen) zeigen nach der Behandlung mehr erwünschte und weniger negative Verhaltensweisen ihren Kindern gegenüber als die Mütter der Gruppe M (Münzsystem).

Allerdings sollte beachtet werden, daß die Unterschiede zwischen beiden behandelten Gruppen nur gering sind, sowohl bei den Müttern als auch bei den Kindern.

4. Der Vergleich von erster und zweiter Beobachtungsphase

Nach der Untersuchung des Behandlungsverlaufs und der Gegenüberstellung der Gruppen in den verschiedenen Phasen des Trainings soll nun ein Vergleich der beiden Beobachtungsphasen vor und nach der Intervention innerhalb der einzelnen Gruppen vorgenommen werden.

Die Ergebnisse fallen allgemein sehr zufriedenstellend aus, sowohl bei den Mütter- als auch bei den Kindergruppen.

Besonders erfreulich sind die Ergebnisse in der Müttergruppe. Obwohl die Mütter beider Interventionsgruppen schon vor dem Training eine relativ hohe Rate erwünschter Verhaltensweisen aufwiesen, wurden signifikante Resultate erzielt.

Auf Grund des WILCOXON-Tests (SACHS, L., 1974) zeigen vor allem die M ü t t e r der G r u p p e I (verbale Instruktionen) die gewünschten Verhaltensänderungen in fast allen Kategorien (s. Tabelle 20). Eine Ausnahme bildet die Kategorie NE (inadäquates Eingehen auf das Verhalten des Kindes); NW (Abwendung vom Kind) entfällt wiederum wegen zu geringer Häufigkeit ganz.

Das Ergebnis entspricht den Vorannahmen der Untersuchung (s. S. 95), wonach vermutet wurde, daß die Mütter der Gruppe I auf Grund der sehr spezifischen Verhaltensanweisungen, die sie erhalten, besonders deutliche Veränderungen zeigen würden. Bei der Besprechung des Behandlungsverlaufs ist dieses Resultat schon sehr deutlich geworden.

Auch bei den M ü t t e r n der G r u p p e M (Münzsystem) kann eine deutliche Verbesserung nach der Behandlung festgestellt werden. Sie zeigen in der zweiten Beobachtungsphase bedeutend mehr positives Verhalten und machen weniger "Fehler" ($P, N: p < .05$). In der Arbeitssituation sind sie aufmerksamer ($NW: p < .05$) und kritisieren ihre Kinder weniger in negativer Weise ($NK: p < .05$).

Tabelle 20 WILCOXON-Test

Vergleich von Beobachtungsphase 1 und 2: Mütter

Kat.	Gruppe I			Gruppe M			Gruppe K		
	T'	T	P	T'	T	P	T'	T	P
PH	19	2	$\angle .05$	18	3	$\rangle .05$	0	15	$\rangle .05$
PL	21	0	$\angle .05$	18	3	$\rangle .05$	0	6	-
PE	21	0	$\angle .05$	15	0	-	1	2	-
P	21	0	$\angle .05$	20	1	$\angle .05$	0	15	$\rangle .05$
NK	21	0	$\angle .05$	21	0	$\angle .05$	8	7	$\rangle .05$
NW	15	0	-	21	0	$\angle .05$	15	0	$\angle .05$
ND	20	1	$\angle .05$	13	8	$\rangle .05$	0	15	$\rangle .05$
NE	14	7	$\rangle .05$	15	0	-	1	14	$\rangle .05$
N	0	21	$\angle .05$	20	1	$\angle .05$	0	15	$\rangle .05$

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

Abbildung 19 veranschaulicht sehr schön, wie zwei Mütter der Gruppe M (Münzsystem) nach der gezielten Instruktion, negative Kritik am Kind zu vermeiden, dieses Verhalten allmählich unterlassen haben.

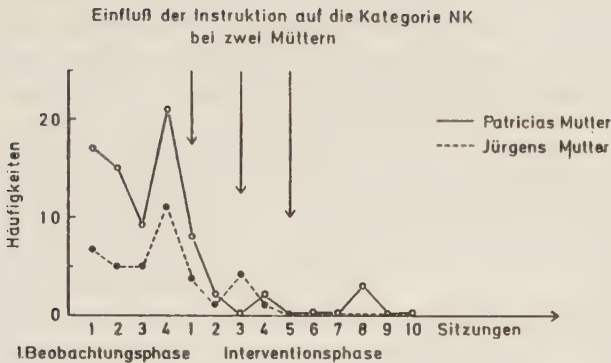


Abbildung 19

Abkürzungen:

NK: negative Kritik am Kind und seiner Arbeit

Keine bedeutsame Veränderung haben die Mütter der Gruppe M in der Kategorie PH (Hilfestellung), PL (Lob), PE (adäquates Eingehen auf das Kind) und ND (direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes) erzielt.

Die folgende Abbildung veranschaulicht den Verlauf der in den Kategorien PH (Anregung und Hilfestellung) und PL (Lob und Bestätigung) zusammengefaßten Verhaltensweisen in allen drei Gruppen.

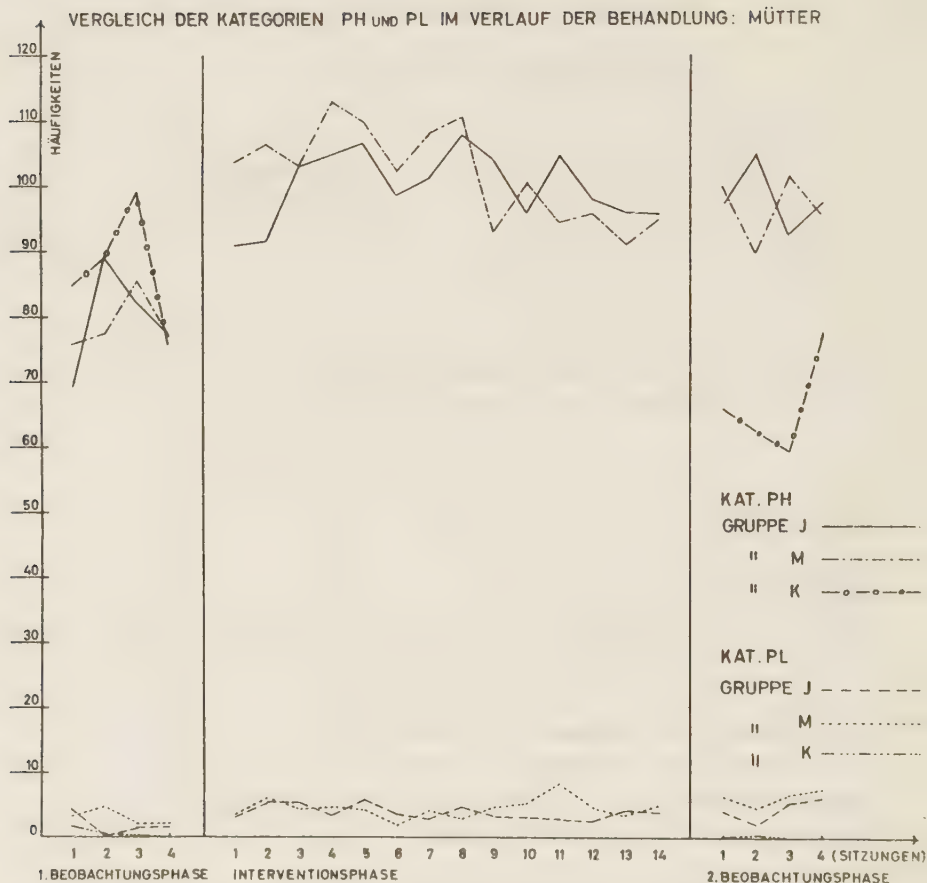


Abbildung 20

Abkürzungen:

- Gruppe I: verbale Instruktionen
- Gruppe M: Münzsystem
- Gruppe K: Kontrollgruppe
- PH: Anregung, Hilfestellung geben, informative Fragen
- PL: Lob und Bestätigung des Kindes

In beiden Therapiegruppen erhöht sich die Verhaltensfrequenz der unter PH zusammengefaßten Verhaltensweisen, in der Gruppe I (verbale Instruktionen) in signifikanter Weise und etwas stärker als in M (Münzsystem), während die Mütter der Kontrollgruppe sich von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase gleichbleibend verhalten.

Erstaunlich niedrig bleibt bei den beiden behandelten Gruppen die Rate des Lobs (PL), ein Verhalten, das von der ersten Sitzung an direkt geübt worden und in der Gruppe M durch die Koppelung an die Münzvergabe sehr explizit gemacht worden ist.

Selbst wenn davon ausgegangen wird, daß die Auftretenshäufigkeit des Lobs allgemein in der Aufgabensituation geringer ist als die der kooperativen Hilfestellung, ist die hier von den Müttern gezeigte Häufigkeit, mit der sie ihr Lob aussprechen, extrem gering.

Mütter haben offenbar Mühe, ihr Kind zu loben, da gerade durch das Lob die emotionale Beziehung zu ihrem Kind sehr stark angesprochen wird. Lob, wenn es echt klingen soll, ist eine positive, emotionale Zuwendung, die zu äußern ihnen sehr schwer gefallen ist.

Traurig stimmt, daß die aus dem Kontakt mit Erwachsenen bekannte Beobachtung hier bereits in der Beziehung zwischen Müttern und Kindern so auffällig gemacht werden kann.

Zur Veranschaulichung der Auswirkungen einer gestörten Mutter-Kind-Beziehung sei auch an das Mädchen Patricia erinnert (s. S. 151, Abb. 13), das auf das plötzlich eintretende Lob seiner Mutter nicht mehr spontan freudig reagiert, sondern mit Trotz und Clownerien.

Die Rate der unter PE (adäquates Eingehen auf das Kind) beobachteten Verhaltensweisen konnte in der Müttergruppe M (Münzsystem) nicht erhöht werden, während sie bei der Gruppe I (verbale Instruktionen) in der zweiten Beobachtungsphase deutlich zunahm (s. Tabelle 20, S. 170).

Vermutlich ist bei den Müttern der Gruppe I (verbale Instruktionen) eine Generalisation von gezielt geübtem Verhalten wie "Hilfestellungen geben" oder "Loben" auf andere erwünschte Verhaltensweisen wie "geschicktes Eingehen auf die Fragen eines Kindes", "sich dem Kind gegenüber durchsetzen und nicht manipulieren zu lassen" u. ä. eingetreten, die bei der Gruppe M (Münzsystem) nicht erreicht worden ist. Es ist anzunehmen, daß die Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen) durch die spezifischen Verhaltensanweisungen, die sie zur eigenen Verhaltensänderung bekommen hatten, das im Training neu Gelernte sehr viel besser in ihr eigenes Verhaltensrepertoire integrieren konnten. Gleichzeitig fiel es ihnen damit auch leichter, auf andere Verhaltensweisen zu generalisieren.

Abbildung 21 veranschaulicht noch einmal die geschilderten Veränderungen im Verhalten der Mütter während des Therapieverlaufs. Positive und negative Verhaltensweisen sind zu je einer Kategorie zusammengefaßt worden. Auch hier wird deutlich, daß die Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen) sich stärker in gewünschter Weise verändert haben als die Mütter der Gruppe M (Münzsystem), so daß die Erweiterung des Programms um einige direkte Verhaltensanweisungen für die Gruppe I als sehr effektiv anzusehen ist.

Die Mütter der Kontrollgruppe zeigen in der zweiten Beobachtungsphase eine Abnahme positiver und eine Zunahme negativer Verhaltensweisen (s. Tabelle 20, S. 151; PH, P, ND, N: $p < .05$).

Die Kategorien PH (Hilfestellungen) und PL (Lob), deren Häufigkeitsrate bei den Müttern der Trainingsgruppen deutlich zugenommen hat, fallen wegen zu geringer Häufigkeiten ganz heraus.

Im wesentlichen gleich geblieben sind die Häufigkeiten in den Kategorien NE (unadäquates Eingehen) und NK (negative Kritik). Zurückgegangen ist allein das Störverhalten "Abwenden vom Kind" (NW), das ja auch bei den behandelten Gruppen gleich zu Beginn fortfiel.

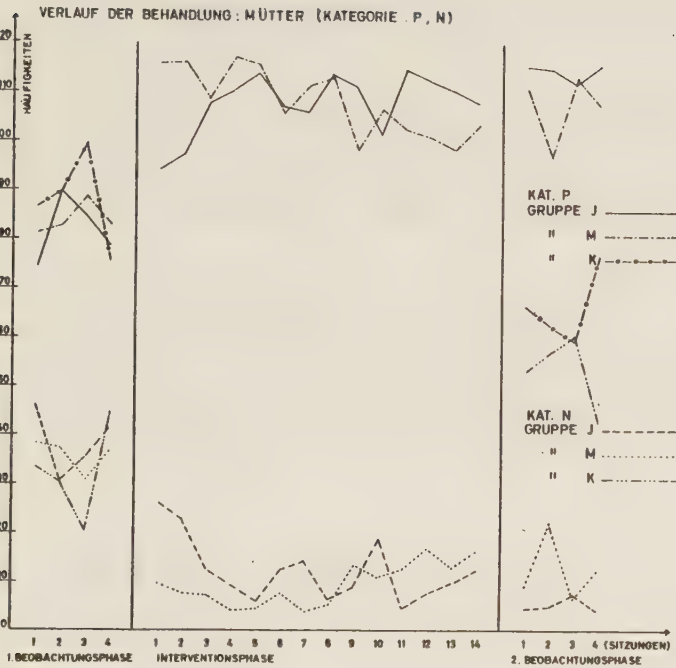


Abbildung 21

Abkürzungen:

- Gruppe I: verbale Instruktionen
 Gruppe M: Münzsystem
 Gruppe K: Kontrollgruppe
 P: positive Verhaltensweisen dem Kind gegenüber
 N: negative Verhaltensweisen dem Kind gegenüber

Die weitere Verschlechterung im Verhalten der Mütter der Kontrollgruppe spiegelt vermutlich nicht nur eine Verschlechterung im tatsächlichen Verhalten wieder, sondern muß zusätzlich durch die dazwischenliegende Wartezeit er-

klärt werden, die allgemein zu einer eher negativen Einstellung dem Training gegenüber geführt hat.

Diese Einstellung ist möglicherweise in die zweite Beobachtungsphase mit hineingetragen worden und schlägt sich hier im Verhalten der Mütter nieder (s. Interview B, S. 209 - 210). Zu denken ist außerdem an einen Beobachtungsfehler, der die Daten der Kontrollgruppe im Vergleich zur ersten Beobachtungsphase betont negativ erscheinen läßt (s. S. 114).

Unter den K i n d e r g r u p p e n ist es die G r u p p e M (Münzsystem), die bei dem Vergleich der beiden Beobachtungsphasen vor und nach der Behandlung eine eindeutige Verbesserung aufweist (s. Tabelle 21). Die Kinder dieser Gruppe zeigen deutliche Veränderungen in allen erfaßten Verhaltensweisen (P, PA; N, NM, NT, NW, NB: $p < .05$).

Die K i n d e r der G r u p p e I (verbale Instruktionen) zeigen deutliche Veränderungen ihres Verhaltens in einzelnen Kategorien: das Arbeitsverhalten hat deutlich zugenommen. Sie sind konzentrierter und aufmerksamer (PA), wenden sich weniger von der Arbeit ab (NW) und blockieren weniger (NB).

Der nur geringe Rückgang des Störverhaltens motorische Unruhe (NM) ist z. T. durch eine Vereinbarung in der Verhaltensprotokollierung zu erklären, wonach jede, in einem Intervall vorkommende negative Kategorie allen positiven gegenüber bevorzugt protokolliert worden ist (s. S. 111). Es wäre z. B. interessant gewesen, Arbeitsverhalten und motorische Unruhe (PA/NM) parallel zu protokollieren, denn nach dem allgemeinen Eindruck ist im letzten Abschnitt der Behandlung die motorische Unruhe zwar nur geringfügig zurückgegangen, das Arbeitsverhalten aber deutlich gesteigert worden.

Der Sachverhalt wurde aber leider erst nach der 12. Sitzung so augenscheinlich, daß von dort an eine Doppelprotokollierung vorgenommen worden ist.

Tabelle 21 WILCOXON-Test

Vergleich von Beobachtungsphase 1 und 2: Kinder

Kat.	Gruppe I			Gruppe M			Gruppe K		
	T'	T	P	T'	T	P	T'	T	P
PA	20	1	$\angle .05$	21	0	$\angle .05$	7	8	$\succ .05$
PF	0	3	-	1	2	-	3	3	-
P	20	1	$\angle .05$	0	21	$\angle .05$	7	8	$\succ .05$
NM	15	6	$\succ .05$	20	1	$\angle .05$	4	11	$\succ .05$
NT	12	3	-	21	0	$\angle .05$	4	11	$\succ .05$
NW	21	0	$\angle .05$	21	0	$\angle .05$	15	0	$\angle .05$
NB	21	0	$\angle .05$	21	0	$\angle .05$	6	0	-
NA	5.5	-	-	0	15	-	5	10	$\succ .05$
N	20	1	$\angle .05$	0	21	$\angle .05$	7	8	$\succ .05$

Zur Erklärung der Abkürzungen siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

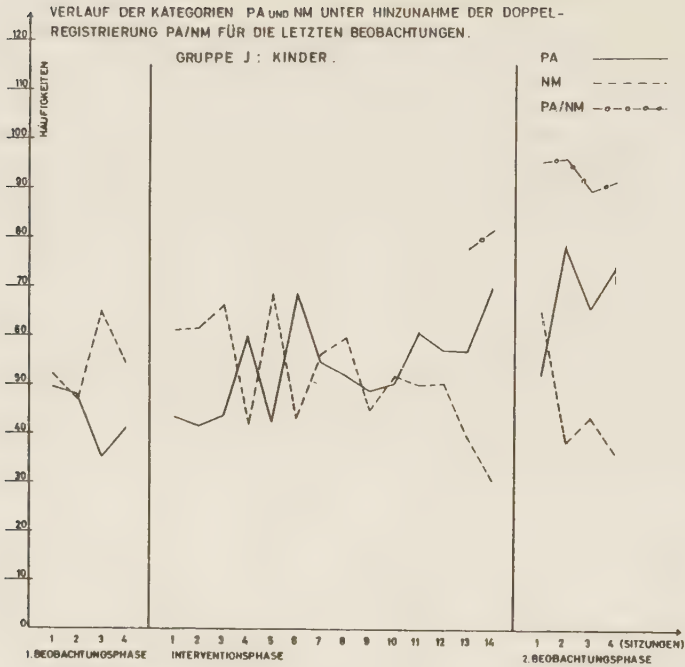


Abbildung 22

Abkürzungen:

- Gruppe I: verbale Instruktionen
- PA: Arbeitsverhalten
- NM: motorische Unruhe
- PA/NM: Doppelprotokollierung von Arbeitsverhalten und motorischer Unruhe

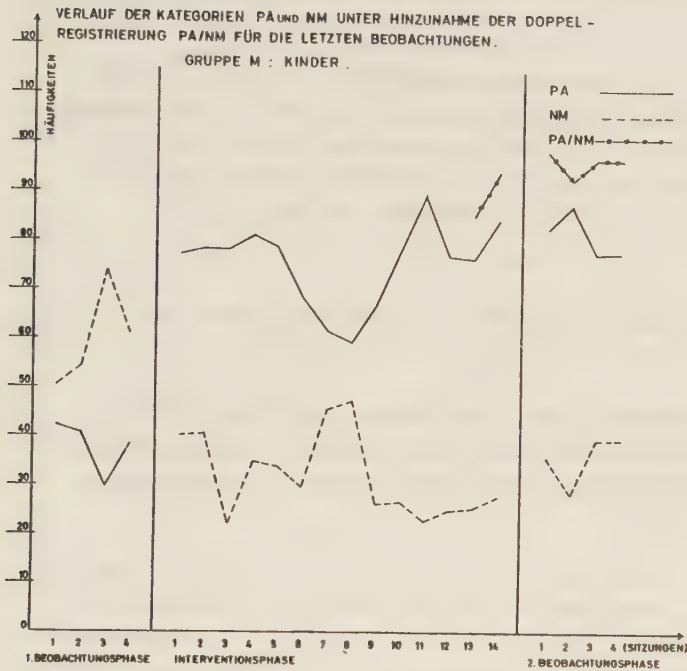


Abbildung 23

Abkürzungen:

Gruppe M: Münzsystem
 PA: Arbeitsverhalten
 NM: motorische Unruhe
 PA/NM: Doppelprotokollierung von Arbeitsverhalten
 und motorischer Unruhe

Nach den Abbildungen 22 (Gruppe I) und 23 (Gruppe M) scheint ein gewisses Ausmaß motorischer Unruhe mit guter Arbeit durchaus verträglich zu sein (s. S. 178).

Für die Kinder der Kontrollgruppe sind von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase

keine Verhaltensänderungen nachzuweisen (s. Tabelle 21 S. 177).

Da in der ersten Beobachtungsphase für alle drei Gruppen die gleiche Ausgangslage bestand, kann die Zunahme erwünschter Verhaltensweisen und gleichzeitige Abnahme des Störverhaltens bei den Müttern und Kindern der Therapiegruppen als Behandlungseffekt angesehen werden.

5. Außenstehende beobachten Verhaltensänderungen der Kinder (Interview C und D)

Neben der systematischen Verhaltensbeobachtung während der Interventionsdauer sind Außenstehende nach möglichen positiven Veränderungen im Verhalten des Kindes befragt worden.

Mit den V ä t e r n und L e h r e r n der Kinder ist zweimal, nach der ersten Hälfte der Intervention und nach Abschluß der Behandlung, ein Interview durchgeführt worden, in dem sie nach Veränderungen bei ihren Kindern befragt worden sind.

Sie haben Auskunft darüber gegeben, wieweit sie eingetretene Veränderungen auf die Intervention selbst zurückführen würden (s. die Interviews C und D im Anhang, S.297 und Tabelle 7 - 9 im Anhang, S.308 - 310).

Dabei sind folgende Ergebnisse erzielt worden: die V ä t e r (Interview C) beider Interventionsgruppen haben bereits zum Zeitpunkt der ersten Befragung Veränderungen festgestellt und führen sie eindeutig auf die Intervention zurück. Die Väter der Kontrollgruppe haben keine Veränderungen festgestellt (s. Tabelle 22).

Tabelle 22 McNEMAR-Test

Interview C: Väter beobachten Veränderungen an ihren Kindern

C	χ^2 -Werte					
	Gruppe I		Gruppe M		Gruppe K	
	Frage 2a	Frage 2b	Frage 2a	Frage 2b	Frage 2a	Frage 2b
Väter						
Befr.1	4.2 p<.05	4.2 p<.05	4.2 p<.05	4.2 p<.05	0.25 p>.05	0 p>.99
Befr.2	4.2 p<.05	4.2 p<.05	4.2 p<.05	4.2 p<.05	0.25 p>.05	0 p>.99

Abkürzungen:

- Frage a: Veränderung beobachtet
 Frage b: Veränderung auf Therapie zurückgeführt
 (s. Anhang S. 297)
 Gruppe I: verbale Instruktionen
 Gruppe M: Münzsystem
 Gruppe K: Kontrollgruppe

Diese positiven Ergebnisse gehen z. T. sicher darauf zurück, daß die Väter durch ihre ständigen Gespräche mit den Müttern und durch die Gruppenabende mit dem Interventionsprogramm vertraut gewesen sind. Sie haben Veränderungen beobachtet, können aber im eigentlichen Sinne nicht als unabhängige Außenstehende betrachtet werden.

Erfreulich ist der Sachverhalt dennoch, weil er eine sehr positive Einstellung der Väter ihren Kindern und auch der Behandlung gegenüber zum Ausdruck bringt, die auf Interesse und Kooperationsbereitschaft auch bei ihnen schließen lassen.

Interessant wäre in diesem Zusammenhang gewesen, die Väter auch nach bei den Müttern beobachteten Veränderungen zu fragen.

Die Lehrer sind über Einzelheiten des Programms nicht unterrichtet gewesen, sie sind jedoch zu Beginn der Intervention über die Durchführung einer Behandlung bei ihren Schülern informiert worden.

Tabelle 23 McNEMAR-Test

Interview D: Lehrer beobachten Veränderungen an den Kindern

D	χ^2 -Werte					
	Gruppe I		Gruppe M		Gruppe K	
	Frage 2a	Frage 2b	Frage 2a	Frage 2b	Frage 2a	Frage 2b
Lehrer						
Befr.1	4.2 p <.05	2.3 p >.05	0.8 p >.05	0 p >.05	0 p >.05	0 p >.05
Befr.2	4.2 p <.05	4.2 p <.05	3.2 p >.05	1.3 p >.05	0 p >.05	0 p >.05

Abkürzungen:

- Frage a: Veränderung beobachtet
 Frage b: Veränderung auf Therapie zurückgeführt
 (s. Anhang S. 297)
 Gruppe I: verbale Instruktionen
 Gruppe M: Münzsystem
 Gruppe K: Kontrollgruppe

Die Lehrerurteile fallen nur für die Gruppe I (verbale Instruktionen) eindeutig aus (s. Tabelle 23). Die Kinder dieser Gruppe werden zu beiden Befragungszeitpunkten von ihren Lehrern als positiv verändert be-

zeichnet. Genannt werden vor allem Verbesserungen im Sozialverhalten und im Arbeitsverhalten, weniger in den Leistungen selbst.

Nicht so einheitlich ist das Lehrerurteil über die Kinder der Gruppe M. Nur bei der Hälfte von ihnen beobachteten die Lehrer einen Fortschritt.

Eine Generalisierung von der Behandlungssituation auf das Verhalten in der Schule scheint demnach nicht ohne weiteres möglich zu sein, zumal auf Grund der übrigen Ergebnisse gerade in dieser Gruppe mit durchgehend positiven Urteilen zu rechnen gewesen wäre. Möglicherweise kommt den materiellen Verstärkern als Anreiz eine große Bedeutung zu, der, wenn er fortfällt und das Verhalten noch nicht ausreichend stabilisiert ist, in einer anderen Situation ohne übergreifende Konsequenzen ist.

Bei den Kindern der Kontrollgruppe sind auch von den Lehrern keine Veränderungen festgestellt worden.

6. Vergleich von Mutter- und Kindverhalten bezüglich erwünschter und unerwünschter Verhaltensweisen

In den bislang besprochenen Analysen sind die mit Verhaltensbeobachtung und Interviews erhobenen Daten vor allem auf **V e r ä n d e r u n g e n** im Verhalten von Müttern und Kindern hin kontrolliert worden.

Dabei wurde gleichzeitig auch die Effektivität der Programme überprüft.

Im folgenden soll etwas genauer auf Zusammenhänge zwischen mütterlichen und kindlichen Verhaltensweisen eingegangen werden.

Die Abbildungen 24 (Gruppe I: verbale Instruktionen) und 25 (Gruppe M: Münzsystem) zeigen die Gegenüberstellung von Müttern und Kindern der beiden behandelten Gruppen in der Zusammenfassung der kooperativen (P) und der negativen Verhaltensweisen (N).

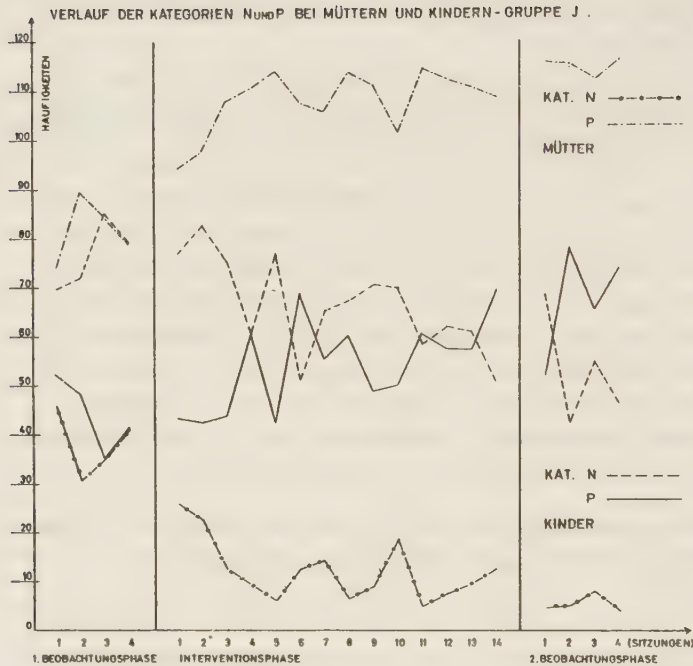


Abbildung 24

Abkürzungen:

Gruppe I: verbale Instruktionen
P: positive Verhaltensweisen
N: negative Verhaltensweisen

Damit wird noch einmal aufgeführt, was an Hand der statistischen Tests und der bisherigen Abbildungen schon besprochen worden ist: in beiden Gruppen zeigen die Mütter bereits in der ersten Beobachtungsphase sehr viel mehr positive als negative Verhaltensweisen, während das Verhältnis bei den Kindern umgekehrt ist.

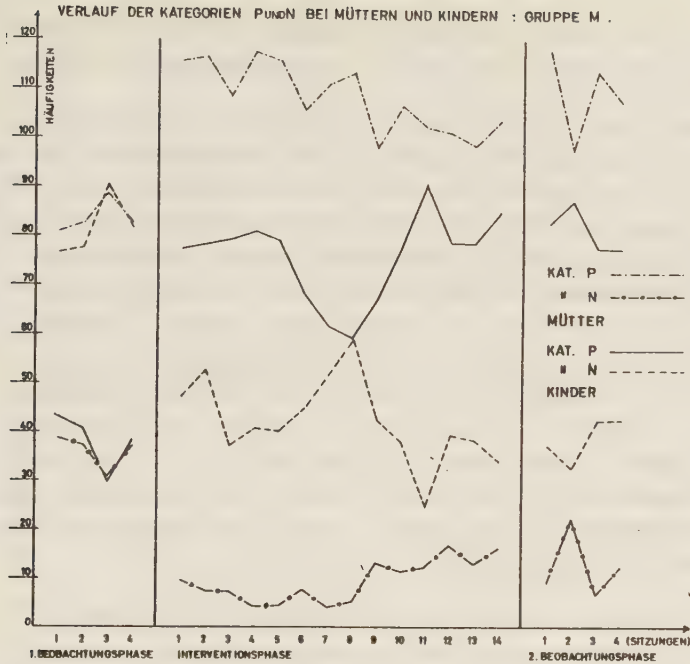


Abbildung 25

Abkürzungen:

Gruppe M: Münzsystem
 P: positive Verhaltensweisen
 N: negative Verhaltensweisen

In der Gruppe I (verbale Instruktionen) ist der Unterschied zwischen mütterlichem und kindlichem Verhalten besonders groß und bleibt es auch bis hinein in die zweite Beobachtungsphase, während sich Mütter und Kinder der Gruppe M (Münzsystem) eigentlich mit Beginn der Interventionsphase mehr und mehr einander annähern. D. h. die Mütter beider Interventionsgruppen lernen rasch

dazu; die Kinder der Gruppe M (Münzsystem) lernen schneller als die Kinder der Gruppe I (verbale Instruktionen).

Da bei beiden Kindergruppen Besserungstendenzen vorhanden sind, sollte der Zeitfaktor zur Erklärung der Differenz herangezogen werden. Wie schon besprochen, bewirkt die Münzökonomie bei den Kindern einen raschen Anstieg des erwünschten Verhaltens; werden dagegen nur verbale Orientierungshilfen gegeben und diese wiederum nur indirekt, durch die Mutter, wie bei der Gruppe I (verbale Instruktionen), brauchen die Kinder mehr Zeit, um ihr Verhalten zu verbessern. Denkbar wäre, daß eine Nachkontrolle ebenfalls eine stärkere Annäherung von Müttern und Kindern in der Gruppe I aufweisen würde. In der Nachuntersuchung, die methodisch leider nicht in gleicher Weise kontrolliert werden konnte, finden sich Hinweise dieser Art (s. S. 222 - 224).

Ganz allgemein sind bezüglich des individuellen Lernfortschritts innerhalb der Kindergruppen sehr große Unterschiede beobachtet worden, während die Müttergruppen homogen sind und insgesamt bei Abschluß der Therapie ein hohes Niveau erreichen.

Dieses Ergebnis am Ende der Behandlung ist durchaus als positiv anzusehen, denn in der nächsten Zeit werden vor allem die Mütter für eine Weiterentwicklung des Kindes im Sinne der Behandlung verantwortlich sein.

Im Verlauf der Untersuchung ist der Eindruck entstanden, daß je engagierter ein Kind selbst mitgearbeitet hat und bemüht war, sich zu ändern, desto größer sind seine Lernfortschritte gewesen, desto mehr auch näherte es sich der Mutter bezüglich der Erwünschtheit des Verhaltens an.

Zur Veranschaulichung soll der unterschiedliche Verlauf des Arbeitsverhaltens (PA) von drei Kindern gezeigt werden (s. Abb. 26).

Das wohl engagierteste Kind überhaupt ist Martin gewesen. Er arbeitet von Anfang an relativ gut und steigert sich ab der 3. Sitzung zunehmend, wenn auch mit Schwankungen

bis zur zweiten Beobachtungsphase, in der er ein hohes und stabiles Niveau erreicht.

Guido, mit dem seine Mutter sehr viel über die Sitzungen gesprochen hat, wobei sie ihn zur Mitarbeit ermahnte, hat engagierter mitgearbeitet, je länger die Behandlung andauerte. Sein Arbeitsverhalten nimmt bei sehr starken Schwankungen allmählich zu und erreicht ebenfalls in der zweiten Beobachtungsphase ein hohes und stabile Niveau.

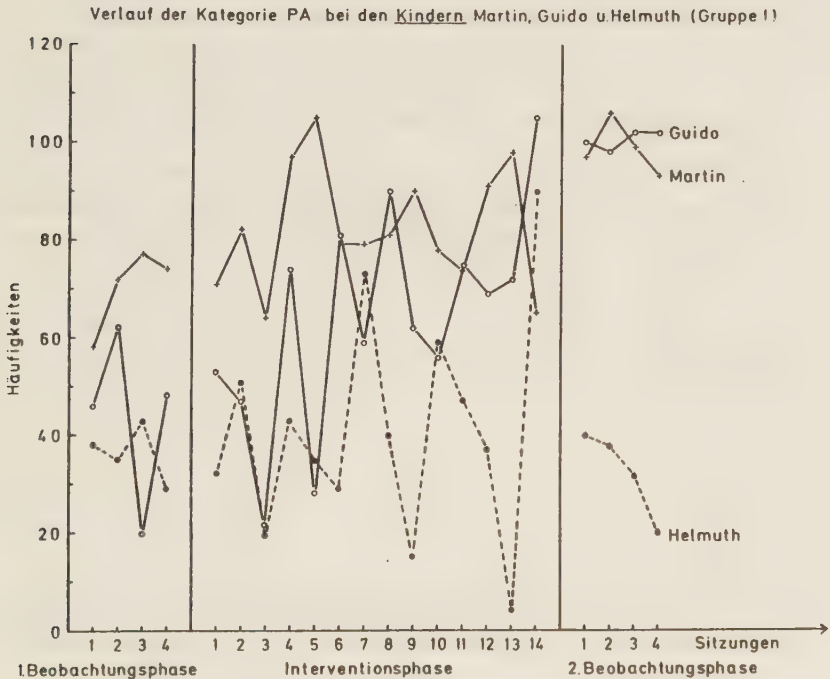


Abbildung 26

Abkürzungen:

Gruppe I: verbale Instruktionen

PA: Arbeitsverhalten

Im Gegensatz dazu ist Helmuth zu sehen, der ebenfalls starke Schwankungen in seinem Arbeitsverhalten zeigt, das Niveau der anderen aber bis zum Ende der Behandlung nicht erreicht. Er ist immer sehr unkonzentriert gewesen und mußte von der Mutter ständig zur Mitarbeit angehalten werden, ohne je eine eigene Motivation erkennen zu lassen. Für ihn ist bei Ende des Programms sehr viel Hoffnung in die gute Weiterarbeit der Mutter gesetzt worden, die ihrerseits sehr positiv abgeschlossen hat (Abb. 27). Die Hoffnung ist glücklicherweise voll erfüllt worden (s. S. 216 - 218; 222 - 224).

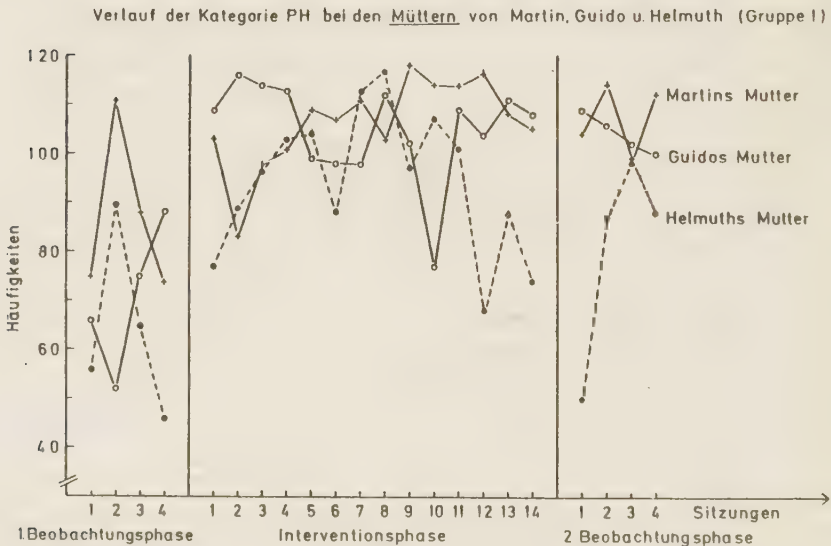


Abbildung 27

Abkürzungen:

Gruppe I: verbale Instruktionen

PH: Anregungen, Hilfestellung geben, informative Fragen

Abbildung 27 zeigt das unter der Kategorie PH zusammengefaßte Verhalten der Mütter dieser drei Jungen.

Soll eine Rangreihe für das erfolgreichste Kind aufgestellt werden, so lassen die realen Mutter-Kind-Paare sich mühelos zuordnen. Eine kooperative Mutter, die gute Hilfestellungen gibt, hat eher ein gut arbeitendes Kind und vermutlich umgekehrt: arbeitet das Kind von sich aus gut mit, ist die Mutter entspannter und eher fähig, gute Hilfestellungen zu geben.

Helmuths Mutter ist in diesem Beziehungsgefüge eine positive Ausnahme. Sie hat es mit ihrem Sohn sehr schwer gehabt und hat ganz unabhängig von ihm große Lernfortschritte gemacht. Ich habe ihren guten Willen und ihre Durchhaltebereitschaft oft sehr bewundert.

Die Abbildungen 28 und 29 der Kinder Harald, Christian und Patricia aus der Gruppe M (Münzsystem) und ihrer Mütter zeigen einen vergleichbaren Sachverhalt.

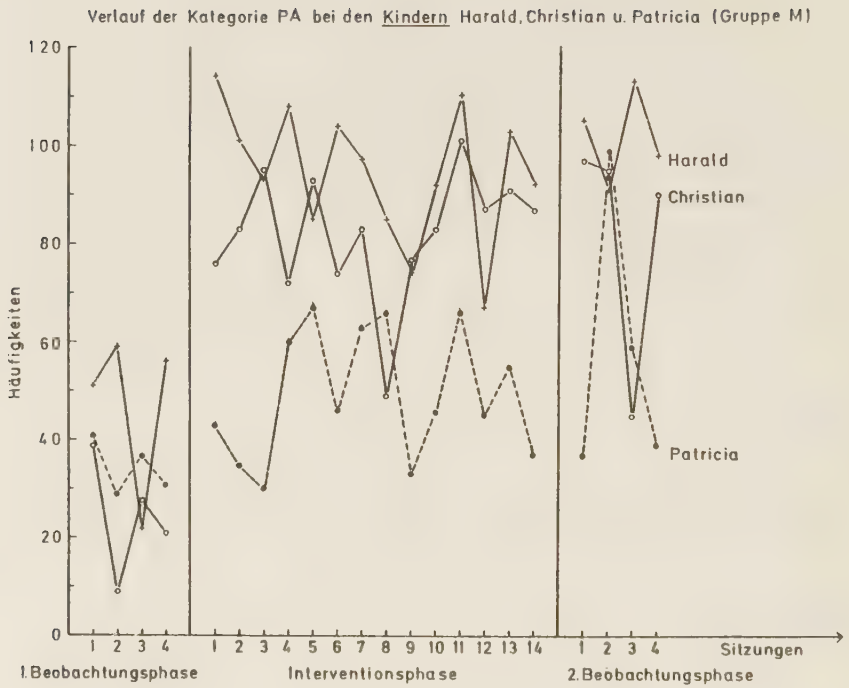


Abbildung 28

Abkürzungen:

Gruppe M: Münzsystem

PA: Arbeitsverhalten

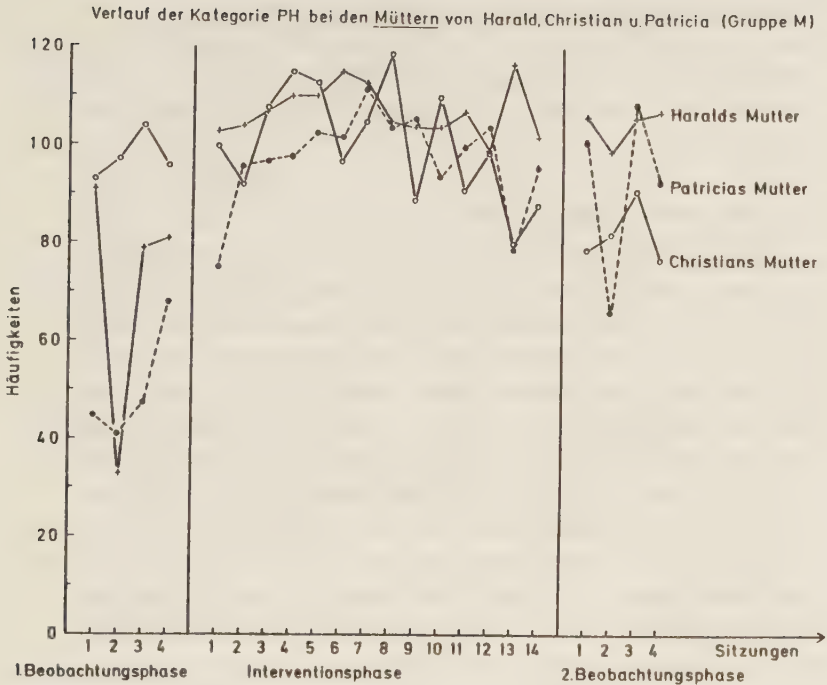


Abbildung 29

Abkürzungen:

Gruppe M: Münzsystem

PH: Anregung, Hilfestellung geben, informative Fragen

7. Das gemeinsame Auftreten mütterlicher und kindlicher Verhaltensweisen

Nach der ersten Gegenüberstellung der Häufigkeit erwünschter (P) und unerwünschter Verhaltensweisen (N) von Mutter und Kind sind in den behandelten Gruppen **e i n z e l n e**

mütterliche und kindliche Verhaltensweisen etwas genauer auf ihr gemeinsames Auftreten während der verschiedenen Behandlungsabschnitte hin untersucht worden.

Dazu sind die Protokolle der Mutter-Kind-Paare, die in jeder Sitzung zeitlich parallel geführt worden sind, bezüglich der einzelnen Intervalle miteinander verglichen worden.

a) Erste Beobachtungsphase

Für die erste Beobachtungsphase ergibt sich folgendes: die Verhaltensweisen PH (Hilfestellung), PL (Lob), NK (negative Kritik) und ND (direktes Eingreifen) der Mütter und PA (Arbeitsverhalten), NM (motorische Unruhe) und NW (Abwenden) der Kinder treten überzufällig häufig gemeinsam auf ($C_{\text{Korr}} = 0,22$, $p < .05$). Ein entsprechender Zusammenhang besteht auch zwischen den Kategorien PH (Hilfestellung), PL (Lob), NK (negative Kritik) der Mütter und den Kinderkategorien PA, NM, NW ($C_{\text{Korr}} = 0,23$, $p < .05$), sowie zwischen den Mütterkategorien PH (Hilfestellung), PL (Lob), NK (negative Kritik) und den Kinderkategorien PA (Arbeitsverhalten), NM (motorische Unruhe) ($C_{\text{Korr}} = 0,22$, $p < .05$).

Unter den einzelnen Kategorien ist bei den Müttern das Verhalten Hilfestellung (PH) am häufigsten repräsentiert (308 = 70,8 %) (s. Tabelle 24).

Die mütterliche Hilfestellung fällt in 61 % aller Fälle mit dem Arbeitsverhalten (PA) der Kinder zusammen.

Tabelle 24 Prozentualer Anteil einzelner Kategorien am Gesamtverhalten

Kat. Mütter	1. Beobach- tungsphase	Intervention	2. Beobach- tungsphase
PH	70.8	90.0	89.0
PL	2.5	4.0	5.0
NK	9.6	3.3	1.3
ND	13.0	3.0	0.4*
Kinder			
PA	57.0	72.0	82.0
NM	36.0	28.0	17.0 (PA/NM)
NW	6.0	-	0.2*

* zu gering

Zur Erklärung der Verhaltenskategorie siehe das Zusatzblatt auf S. 201.

In 31,5 % der Fälle tritt sie gemeinsam mit motorischer Unruhe (NM) und in 7,5 % mit der Abwendung des Kindes von der Arbeit (NW) auf (s. Tabelle 25).

Tabelle 25 Gemeinsames Auftreten einzelner Mutter- und
Kindkategorien (Prozentangaben)

Kat. Mütter	1. Beobach- tungsphase	Intervention	2. Beobach- tungsphase
PH/PA	61	73	83
PL/NM	73	26	12
PL/PA	—*	74	87,5
NK/PA	47	51	—*
ND/NM	49	49	—*
ND/PA	56	69	—*
ND/NM	40	31	—*
Kinder			
PA/PH	75,5	91	90
NM/PH	65	87	85 (PA/NM)
NW/PH	88,5	—	—

* zu gering

Zur Erklärung der Verhaltenskategorien siehe das Zusatz-
blatt auf S. 201.

Hilfestellung der Mutter und produktives Arbeiten des
Kindes treten schon in der Voruntersuchung deutlich ge-
meinsam auf.

Das L o b (PL) der Mütter macht nur 2,5 % aller Kate-
gorien aus. Dabei zeigt sich, daß nur in 27 % der Fälle,
in denen die Mutter ein Lob ausspricht, dieses mit dem

Arbeitsverhalten des Kindes zusammenfällt. Sehr viel häufiger treten dagegen Lob der Mutter und Unruhe des Kindes (NM) gemeinsam auf: in 73 % der Fälle.

In der ersten Beobachtungsphase treten Lob und motorische Unruhe des Kindes häufiger zusammen auf als Lob und Arbeitsverhalten.

Die negative Kritik der Mutter (NK) macht 9,6 % des mütterlichen Gesamtverhaltens aus. Sie kommt gemeinsam mit dem Arbeitsverhalten des Kindes in 47 % und mit motorischer Unruhe (NM) in 49 % der Fälle vor. Sie tritt außerdem gemeinsam mit Trotzreaktionen (NT) und Abwendung (NW) der Kinder auf.

Interessant ist hierbei, daß die negative Kritik der Mutter etwa gleichhäufig mit positiven (PA) und negativen Verhaltensweisen des Kindes vorkommt (NM, NT, NW).

Das direkte Eingreifen der Mutter (ND) ist in der Gesamtkategorienzahl zu 13 % repräsentiert. Es kommt in 56 % der Fälle gemeinsam mit dem Arbeitsverhalten des Kindes, in 40 % mit motorischer Unruhe (NM) und in 4 % mit Abwendung des Kindes (NW) vor.

Das direkte Eingreifen der Mutter kann etwas häufiger mit positiven Verhaltensweisen des Kindes zusammen beobachtet werden als mit negativen.

Die Kategorien PE, NW und NE der Mütter sind wegen zu geringer Häufigkeiten nicht in die Analyse miteinbezogen worden.

Die am häufigsten beobachtete Verhaltensweise der Kinder ist das Arbeitsverhalten (PA). Es macht 57 % des Gesamtverhaltens aus (s. Tabelle 24, S. 193) und kommt in 75,7 % der Fälle gemeinsam mit Hilfestellungen der Mütter (PH), in 1,2 % mit dem Lob (PL) der Mutter vor (s. Tabelle 25, S. 194).

Seltener trifft das Arbeitsverhalten des Kindes mit negativen Kategorien (negative Kritik; Abwendung; direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes) der Mutter zusammen: PA/NK: 8,5 %; PA/NW: 2 %; PA/ND: 12,8 %.

Die stärkste negative Kinderkategorie motorische Unruhe (NM) hat einen Anteil von 36 % an dem Gesamtverhalten. Motorische Unruhe tritt überwiegend mit positivem Mutterverhalten auf (NM/PH: 65 %; NM/PL: 5 %), weniger mit negativen mütterlichen Verhaltensweisen (NM/NK: 15 %; NM/ND: 15 %).

Auch die Verhaltensweise "Abwenden von der Arbeit (NW) tritt in 88,5 % zusammen mit der positiven Hilfestellung der Mutter auf, seltener gemeinsam mit negativen mütterlichen Verhaltensweisen (NW/NK: 4 %; NW/ND: 7,5 %).

b) Interventionsphase

In der Interventionsphase treten die mütterlichen Verhaltensweisen PH (Hilfestellung), PL (Lob), NK (negative Kritik), ND (direktes Eingreifen) und die kindlichen Verhaltensweisen PA (Arbeitsverhalten) und NM (motorische Unruhe) überzufällig häufig gemeinsam auf ($C_{\text{Korr}} = 0,11$, $p < .005$).

Im Vergleich zur ersten Beobachtungsphase hat bei den Müttern der prozentuale Anteil der Hilfestellungen (PH) weiterhin zugenommen und macht 90 % des Gesamtverhaltens aus (s. Tabelle 24, S. 193).

Hilfestellungen der Mutter treten nun überwiegend gemeinsam mit positivem Arbeitsverhalten des Kindes auf (PH/PA: 73 %; PA/NM: 27 %; s. Tabelle 25).

Bezüglich des mütterlichen Lobs hat sich in der Therapiephase das Verhältnis genau umgekehrt. Lobäußerungen der Mutter treten überwiegend mit positivem Arbeitsverhalten auf (PL/PA: 74 %; PL/NM: 26 %). Anzunehmen ist, daß die Mütter durch die in der Behandlung gegebenen Instruktionen den systematischen Umgang mit Verstärkern gelernt haben. Da gleichzeitig die Häufigkeit des kooperativen kindlichen Arbeitsverhaltens zugenommen hat, ist darüber hinaus auch der erwünschte positive Einfluß dieser Veränderung auf das Kindverhalten festzustellen.

Gleichgeblieben ist die Häufigkeit des Zusammentreffens der Kategorien negative Kritik der Mutter und Arbeitsverhalten des Kindes, sowie negative Kritik und motorische Unruhe (NK/PA: 51 %; NK/NM: 49 %).

Das direkte Eingreifen in das Arbeitsmaterial des Kindes fällt ebenfalls nach wie vor häufiger mit positivem kindlichem Arbeitsverhalten zusammen (ND/PA: 51 %; ND/NW: 31 %).

Bei den K i n d e r n hat während der Behandlungsphase der Anteil des Arbeitsverhaltens am Gesamtverhalten deutlich zugenommen (72 %, s. Tabelle 24, S. 193).

Auch hier bestätigt sich der Zusammenhang zwischen Arbeitsleistung des Kindes und gleichzeitiger positiver Hilfestellung der Mutter (PA/PH: 91 %; PA/PL: 4 %; PA/NK: 2 %; PA/ND: 3 %; s. Tabelle 25, S. 19).

Die motorische Unruhe der Kinder ist gegenüber der ersten Beobachtungsphase zurückgegangen (NM: 28 %). Diese Verhaltensweise tritt nach wie vor am häufigsten zusammen mit Hilfestellungen der Mutter auf.

c) Zweite Beobachtungsphase

Über den korrelativen Zusammenhang mütterlicher und kindlicher Verhaltensweisen können in der zweiten Beobachtungsphase nur Trendaussagen gemacht werden. Die Ergebnisse sind nicht signifikant.

Die Ursachen hierfür liegen im Wegfallen vieler Kategorien oder in der extrem geringen Häufigkeit ihres Auftretens.

Die Kinderkategorie PA/NM (gemeinsames Auftreten von Arbeitsverhalten und motorischer Unruhe) ist neu eingeführt worden. Sie wird als neutral bewertet, da sie gleichermaßen positive und negative Eigenschaften hat.

Auch im Nachtest kommt bei den M ü t t e r n das Verhalten "Hilfestellungen geben" wieder am häufigsten vor (PH: 89 % des Gesamtverhaltens, s. Tabelle 24, S. 194).

Ebenfalls wieder bestätigt wird das Zusammentreffen von Hilfestellung der Mutter und Arbeitsverhalten des Kindes (PH/PA: 83 %; PH/NM: 2 %; PH/NA: 0,2 %; PH/PA/NM: 16,6 %; s. Tabelle 25, S. 194).

Der Anteil des mütterlichen Lobs hat etwas zugenommen (PL: 5 % des Gesamtverhaltens). Es wird häufiger eingesetzt und fällt überwiegend mit positivem Arbeitsverhalten zusammen (PL/PA: 87,5 %; PL/PA/NM: 12,5 %).

Das adäquate Eingehen der Mutter auf ihr Kind (PE) macht 3,5 % des Gesamtverhaltens aus und tritt mit positivem Arbeitsverhalten (PH/PA: 50 %) und mit Arbeitsverhalten bei gleichzeitiger motorischer Unruhe des Kindes (PH/PA/NM: 50 %) etwa gleich stark auf.

Negative Kritik am Kind kommt in der zweiten Beobachtungsphase nur noch äußerst selten vor. Dies gilt auch für die Kategorien "Eingreifen in das Arbeitsmaterial des Kindes" (ND) und "inadäquates Eingehen auf das Kind" (NE).

Bei den K i n d e r n ist das Arbeitsverhalten (PA) von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase kontinuierlich angestiegen und macht nun 82 % des Gesamtverhaltens aus. Es tritt auch jetzt vor allem gemeinsam mit Hilfestellungen von seiten der Mutter auf (PA/PH: 90 %; PA/PL: 6 %; PA/PE: 2 %; PA/NK: 2 %; PA/ND: 2 %; PA/NE: 2 %) (s. Tabelle 24, S. 193).

Auch auf Grund dieser Analyse ist die Behandlung der Mütter als erfolgreich anzusehen. Die Anzahl der Hilfestellungen hat sich erhöht und ist bis in die zweite Beobachtungsphase stabil geblieben. Das Lob (PL) hat zugenommen und sich in der zweiten Beobachtungsphase noch erhöht, obwohl die Rate dieser wichtigen positiven Verhaltensweise nach wie vor sehr niedrig ist.

Negative Kritik am Kind und direktes Eingreifen in seine Arbeit sind weitgehend abgebaut worden.

Der bei den Müttern erzielte Behandlungserfolg hat positive Auswirkungen auf das Verhalten der Kinder gehabt:

das Arbeitsverhalten der Kinder (PA) hat kontinuierlich zugenommen, während Störverhaltensweisen wie motorische Unruhe (NM) und Abwenden von der Arbeit (NW) zurückgegangen sind.

Die Analyse des Zusammenhangs einzelner Mutter-Kind-Kategorien ergibt eindeutig eine Dominanz des gemeinsamen Auftretens der Kategorien Hilfestellung durch die Mutter (PH) und positives Arbeitsverhalten des Kindes (PA). Dieser Zusammenhang hat sich im Verlauf der Behandlung noch verstärkt.

Bezüglich des Lobs ist von der ersten Beobachtungsphase zur Interventionsphase eine Umkehrung zu beobachten. Während des Vortests sind Lob und motorische Unruhe des Kindes gehäuft zusammen aufgetreten, in der Behandlungsphase tritt das Lob der Mutter vor allem gemeinsam mit dem Arbeitsverhalten des Kindes auf. Die Mütter haben auf Grund der erhaltenen Instruktionen gelernt, einen sozialen Verstärker wie "Lob" adäquat einzusetzen.

Bei negativer Kritik der Mutter oder bei ihrem direkten Eingreifen in das Arbeitsmaterial hat das Kind gleichhäufig entweder positiv reagiert und gearbeitet oder negativ mit Unruhe oder Abwendung geantwortet.

Kritik und Druck von seiten der Mutter bewirken demnach zwei entgegengesetzte kindliche Verhaltensweisen, entweder, daß das Kind arbeitet und sich so einer aversiven Situation entzieht oder daß es sich verweigert, da es die mütterlichen Verhaltensweisen als aversiv erlebt.

Das gleichzeitige Auftreten der mütterlichen Hilfestellung (PH) mit unterschiedlichen Verhaltensweisen des Kindes, wie Arbeitsverhalten, motorische Unruhe, Abwendung (PA, NM, NW) weist auf ein relativ konstantes, positives Verhalten der Mütter hin. Dieser Trend ist von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase hin noch sehr viel deutlicher geworden.

8. Die Länge von Verhaltenssequenzen als Kriterium für den Behandlungsfortschritt

Im Verlauf der Intervention war den Beobachtern aufgefallen, daß die Sequenzen einzelner Verhaltensweisen, vor allem der positiven, zunehmend länger wurden, und das Verhalten von Mutter und Kind einen sehr viel konsistenteren Charakter annahmen.

Um diesem Eindruck genauer nachzugehen, sind daher die Protokolle der ersten und der zweiten Beobachtungsphase aller behandelten Mütter und Kinder auf die Länge der Verhaltenssequenzen hin untersucht worden.

Für die erste Beobachtungsphase ergibt sich bei den Müttern folgendes: kurze Sequenzen (0 - 30 Sec.) nehmen 47,5 % der Sitzungsdauer ein. Davon sind 21,2 % positive, 26,3 % negative Verhaltensweisen (s. Tabelle 26).

Tabelle 26 Gegenüberstellung einzelner Verhaltensweisen der Mutter in der 1. und 2. Beobachtungsphase

Kurze Verhaltensperiode: 0 - 3 Sec. (Prozentangaben)

	PH	PL	PE	NK	ND	NW	NE	Summe
1. Beobachtungsphase	17.4	3.8	-	9.6	13.8	2.8	-	47.5
2. Beobachtungsphase	4.8	7.8	4.1	2.0	0.7	-	1.0	20.4

Summe = Anteil an der Gesamtbeobachtungsdauer

Zur Erklärung der Verhaltenskategorien siehe das Zusatzblatt auf Seite 201.

Bereits längere Frequenzen von 40 - 60 Sekunden sind nur mit 22,2 % der Gesamtdauer vertreten; davon sind 18 % positiv und 4,2 % negativ.

Lobäußerungen z. B. kommen nur in der kürzesten Verhaltenssequenz von 0 - 30 Sekunden vor.

Allgemein sind die negativen Äußerungen der Mutter kürzer als die positiven. Dabei überwiegen kurze, negative gegenüber langen, positiven Verhaltenssequenzen.

Nach diesen Beobachtungen während der Voruntersuchung kann angenommen werden, daß inadäquates Erzieherverhalten sich in inkonsistentem Verhalten äußert, wobei negative und positive Verhaltensweisen sich in kurzen Verhaltensperioden abwechseln.

In der zweiten Beobachtungsphase nach Abschluß der Behandlung nehmen kurze Sequenzen (0 - 30 Sec.) nur noch 20,4 % der Gesamtdauer des beobachteten Verhaltens ein (s. Tabelle 26, S. 200). Positive Verhaltensweisen nehmen 96,3 % der Gesamtdauer ein. Die Äußerung von Lob steigt von 3,8 % auf 7,8 % der Gesamtdauer.

Demnach äußert sich adäquates Erzieherverhalten in konsistentem Verhalten, wobei positive, mütterliche Verhaltensweisen deutlich überwiegen, und die Mütter positive Verhaltensweisen ihrer Kinder angemessen verstärken.

Bei den Kindern ergibt sich im wesentlichen ein ähnliches Bild (s. Tabelle 27, S. 202).

In der ersten Beobachtungsphase machen kurze Sequenzen 55,3 % der Beobachtungsdauer aus. Positive Verhaltensweisen nehmen insgesamt 57,1 % der Gesamtzeit ein, negative 42,9 %. Dabei sind allein bei 32,6 % der Gesamtdauer kurze, negative Sequenzen gezählt worden.

Die kindliche Leistungsstörung zeigt sich hier in der Voruntersuchung in kurzen, zwischen Arbeitsverhalten und Unruhe wechselnden Verhaltensphasen.

Untersuchte Gruppen:

Gruppe I:	verbale Instruktionen
Gruppe M:	Münzökonomie
Gruppe K:	Kontrollgruppe

Verhaltenskategorien der Mutter:

PH:	Anregung, Hilfestellung geben, informative Fragen
PL:	Lob und Bestätigung des Kindes
PE:	adäquates Eingehen auf das Verhalten des Kindes
P:	positive Verhaltensweisen dem Kind gegenüber
NK:	negative Kritik am Kind und seiner Arbeit
NW:	Abwendung vom Kind
ND:	direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes
NE:	inadäquates Eingehen auf das Verhalten des Kindes
N:	negative Verhaltensweisen dem Kind gegenüber

Verhaltenskategorien der Kinder:

PA:	arbeitet
PF:	zeigt freudige Reaktion
P:	kooperatives Verhalten
NM:	ist motorisch unruhig
dT:	zeigt Trotzreaktionen
NW:	wendet sich von der Arbeit ab
NB:	blockiert
NA:	zeigt alberne Verhaltensweisen
N:	negative Verhaltensweisen

Tabelle 27 Gegenüberstellung einzelner Verhaltensweisen der Kinder in der 1. und 2. Beobachtungsphase.
 Kurze Verhaltensperiode: 0 - 3 Sec. (Prozentangaben)

	PA	NM	NW	PA/NM	Summe
1. Beobachtungsphase	22.7	25.9	6.7	-	55.3
2. Beobachtungsphase	7.3	0.3	-	19.9	27.8

Summe = Anteil an der Gesamtbeobachtungsdauer

In der zweiten Beobachtungsphase, im Anschluß an die Behandlung treten kurze Sequenzen zu 27,8 % der Beobachtungsdauer auf (s. Tabelle 27). Positive Verhaltensweisen (PA) nehmen nun 7,3 % der Gesamtdauer ein (die neutrale Kategorie PA/NM macht 19,9 % aus), während Störverhaltensweisen nur noch zu 0,6 % vorkommen.

Auch dieses Ergebnis bestätigt eine erfolgreiche Intervention. Angemessenes Arbeitsverhalten des Kindes äußert sich in konsistenten, längeren Arbeitsperioden, die gelegentlich von einer gewissen Unruhe (PA/NM) begleitet sein können.

Werden Mutter und Kind gegenübergestellt (s. Tabelle 28, S. 203) so ergibt sich für die erste Beobachtungsphase bei beiden Interaktionspartnern ein vergleichbares Bild: sie wechseln häufig zwischen kurzen negativen und positiven Verhaltenssequenzen.

In der zweiten Beobachtungsphase wird bei beiden ein entgegengesetztes Verhalten beobachtet: die Verhaltenssequenzen sind länger geworden. Positive Kategorien überwiegen in dieser Arbeitssituation.

Tabelle 28 Vergleich Mutter-Kind (Prozentangaben)

1. Beobachtungsphase

	Positive Sequenz	Negative Sequenz	kurze Sequenz	lange Sequenz
Mutter	66.5	33.5	47.5	52.5
Kind	57.1	42.9	55.3	44.7

2. Beobachtungsphase

Mutter	96.3	3.7	20.4	79.6
Kind	79.5	0.6	27.8	72.2

(20.5 PA/NM)

Eine weitere Überprüfung des Zusammenhanges zwischen Länge der Verhaltenssequenzen und dem Behandlungsfortschritt von der ersten zur zweiten Beobachtungsphase ergibt sich auf Grund der punktbiserialen Korrelation für die M u t t e r einen Koeffizienten von $r_{pbis} = 0,31$ (s. Tabelle 29).

Tabelle 29 Zusammenhang zwischen Länge der Verhaltenssequenzen und Behandlungsfortschritt (Mutter)

	0 - 3	4 - 6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	Summe
1. Beobachtungsphase	114	16	3	1	-	1	-	2	138
2. Beobachtungsphase	60	11	7	3	2	4	1	4	230

Der Wert ist zwar nicht signifikant, bestätigt jedoch in der Tendenz, daß die Behandlung ein konsistentes Verhalten der Mutter bewirkt.

Bei den K i n d e r n läßt sich mit einem Koeffizienten von $r_{pbis} = 0,91$ ($p < .0,5$) ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Länge der Verhaltenssequenzen und Behandlungsfortschritt nachweisen (s. Tabelle 30). Je fortgeschrittener die Kinder sind, desto konsistenter ist auch ihr Verhalten.

Tabelle 30 Zusammenhang zwischen Länge der Verhaltenssequenzen und Behandlungsfortschritt (Kinder)

	0 - 3	4 - 6	7 - 9	10 - 12	13 - 15	16 - 18	Summe
1.Beobachtungsphase	166	25	5	2	1	-	199
2.Beobachtungsphase	88	16	14	7	4	1	130

Die hier angewandte, vor allem auf die Beeinflussung der Mutter konzentrierte Interventionsform kann für Mutter und Kind als erfolgreich angesehen werden.

Bei beiden wird im Laufe der Behandlung ein relativ konstantes Arbeitsverhalten erzielt, das gelegentlich von motorischer Unruhe begleitet ist. An Stelle der anfänglichen Hektik ist eine größere Ausgeglichenheit getreten, die durch lange Arbeitsphasen und positive Hilfen gekennzeichnet ist.

Insgesamt entsteht der Eindruck, als seien Mütter und Kinder im Verlauf der Intervention von einem eher hektischen Nebeneinander zu einer kooperativen Interaktion gelangt.

9. Die emotionale Einstellung der Mutter ihrem Kind und der Behandlung gegenüber

Über die Verhaltenskontrolle hinaus ist in dieser Untersuchung versucht worden, etwas über die Einstellungen der Mütter und mögliche, durch die Behandlung bedingte Einstellungsänderungen zu erfahren.

Es sind hierfür zwei Interviews erstellt worden, mit denen versucht wurde, die emotionale Einstellung der Mutter zu ihrem Kind (Interview A) und ihre Einstellung der Therapie gegenüber (Interview B) zu erfassen.

Das Interview A (s. Anhang S.293 - 294) besteht aus 16 Fragen, wie z. B.: 1. "Welche Eigenschaften schätzen Sie an Ihrem Kind?", 5. "Wie lange beschäftigen Sie sich täglich mit Ihrem Kind?" oder 9. "Haben Sie ihr Kind gern?"

Das Interview B (s. Anhang S.295 - 296) umfaßt 14 Fragen, darunter z. B.: 1. "Sind Sie bereit, bei Problemen mit Ihrem Kind Vorschläge eines Psychologen aufzugreifen?" oder 3. "Erwarten Sie sich von der Therapie eine wertvolle Hilfe für die Erziehung Ihres Kindes?"

Die Fragen sind den Müttern aller drei Gruppen insgesamt dreimal vorgegeben worden, in der ersten Beobachtungsphase, nach der siebten Behandlungsstunde und in der zweiten Beobachtungsphase.

Beide Interviews sind bislang nicht formal, bezüglich der erforderlichen Testgütekriterien untersucht, sondern nur auf Grund ihrer qualitativen Aussagen weiterverarbeitet worden.

Hierzu wurden die Antworten je nach ihrer Eindeutigkeit bezüglich des Behandlungszieles (Interview A: positive Einstellung dem Kind gegenüber; Interview B: Akzeptieren der Behandlungsmethoden) beurteilt: ihnen ist ein Wert von 2,1 oder 0 zugeordnet worden (s. Tabelle 1 - 6 im Anhang, S. 302 - 307).

Die Kontrolle der Einschätzung durch zwei unabhängige Beurteiler ergab eine Übereinstimmung zwischen 89 und 100 % (s. Tabelle 10 im Anhang, S. 311).

Aus den Befragungen ergibt sich zunächst folgendes: die Einstellungen der Mütter sind in allen drei Gruppen schon bei Beginn der Behandlung positiv. Fast alle Mütter z. B. haben ihr Kind gern (A, 9) und schätzen mehrere Eigenschaften an ihm (A, 1).

Ähnlich verhält es sich mit dem Interview B. Die meisten Mütter sind bereit, Vorschläge des Therapeuten aufzugreifen und gerne mit ihm zusammenzuarbeiten (B 1; B 5). Interessant sind die Antworten zu Frage 9: "Wie lange glauben Sie wird es dauern, bis eine Verhaltensänderung bei Ihrem Kind erreicht werden kann?"

Aus den unterschiedlichen Befragungszeitpunkten wird deutlich, daß den Müttern erst durch die direkte Mitarbeit bewußt geworden ist, wieviel Mühe es kostet und wie lange es dauern kann, bis eine Verhaltensänderung erreicht wird.

Mehrere Mütter berichten spontan, ohne daß diese Frage im Interview selbst vorgegeben war, auch sie selbst hätten sich geändert.

1. Unterschiede zwischen den Gruppen

Bezüglich ihrer Einstellung dem Kind gegenüber (Interview A) bestanden zwischen den untersuchten Gruppen keine Unterschiede, während keiner der drei Befragungen (s. Tabelle 31, S. 207).

Wie bereits erwähnt, sind die Mütter schon von Anfang an sehr positiv eingestellt gewesen. Eine zusätzliche Veränderung durch den Behandlungseinfluß, die sich in den einzelnen Gruppen mehr oder weniger stark hätte niederschlagen können, ist in das hier verwendete, grobe Beurteilungsmaß vermutlich gar nicht eingegangen.

Tabelle 31 H-Test (KRUSKAL u. WALLIS)

Interview A: Emotionale Einstellung zum Kind				
Befragungen	Rangsumme			H-Werte
	Gr. I	Gr. M	Gr. K	
1. Befr.	54.0	52.5	46.5	0 p > .05
2. Befr.	56.0	52.5	44.5	0.04 p > .05
3. Befr.	48.5	72.5	32.0	3.80 p > .05

Auch die Einstellung zur Therapie ist mit Beginn der Behandlung in allen drei Gruppen ähnlich und überwiegend positiv gewesen (s. Tabelle 32).

Tabelle 32 H-Test (KRUSKAL u. WALLIS)

Interview B: Einstellung zur Therapie				
Befragungen	Rangsumme			H-Werte
	Gr. I	Gr. M	Gr. K	
1. Befr.	48.0	76.5	28.5	4.65 p > .05
2. Befr.	64.5	72.5	16	9.55 p < .01
3. Befr.	66.0	71.0	16	9.42 p < .01

Doch bereits in der zweiten Befragung, nach der ersten Behandlungshälfte sind Unterschiede zwischen den Gruppen zu beobachten (s. Tabelle 33).

Tabelle 33 U-Test (MANN u. WHITNEY)
Interview B: Einstellung zur Therapie

Befragungen	U-Werte					
	Gr. I - M		Gruppe I - K		Gruppe M - K	
2. Befr.	12	p > .05	1	p < .01	0	p < .01
3. Befr.	22	p > .05	1	p < .01	0	p < .01

Wie zu erwarten unterscheiden sich beide behandelten Gruppen deutlich von der Kontrollgruppe. Die Mütter der Interventionsgruppen sind der Behandlung gegenüber sehr viel positiver eingestellt als die Mütter der Kontrollgruppe. Dasselbe gilt für die dritte Befragung nach Beendigung der Behandlung.

2. Unterschiede zwischen den drei Befragungszeitpunkten
Bei einem Vergleich der verschiedenen Befragungszeitpunkte ergibt sich für das Interview A in allen drei Gruppen von der ersten zur zweiten Befragung kein Unterschied (s. Tabelle 34).

Tabelle 34 Zeichen-Test
Interview A: χ^2 -Werte

Befragungen	Gruppe I		Gruppe M		Gruppe K	
1.-2. Befr.	2	p > .05	1	p > .05	2	p > .05
2.-3. Befr.	3	p > .05	0	p < .05	2	p > .05
1.-3. Befr.	1	p > .05	0	p < .05	3	p > .05

In der G r u p p e M (Münzsystem) ist eine Veränderung von der zweiten zur dritten Befragung zu beobachten. Die Mütter sind in ihrer Einstellung dem Kind gegenüber positiver geworden. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich auch in der G r u p p e I (verbale Instruktionen). Hier ist der Unterschied jedoch nicht bedeutsam. In der K o n t r o l l g r u p p e bestehen keine Unterschiede zwischen den einzelnen Befragungszeitpunkten.

Die signifikanten Ergebnisse in der Gruppe M (Münzsystem) und auch die Tendenz zu einer positiven Veränderung in der Gruppe I (verbale Instruktionen) sind in Anbetracht der sehr kleinen Gruppen beachtenswert. Ein positiver Einfluß der Behandlung auf die emotionale Einstellung der Mütter ihren Kindern gegenüber ist daher anzunehmen.

Beachtet werden sollte, daß der Therapeut bei seinem Umgang mit den Müttern beider Gruppen neben den verschiedenen Methoden, die verwendet worden sind, den Müttern auch das Bewußtsein für Faktoren wie "Verantwortungsbewußtsein", "Einfühlungsvermögen", "Zuwendung", "Akzeptieren" vermittelt hat. Sie führen ebenso zu Einstellungsänderungen wie die verschiedenen Behandlungsmethoden selbst und verringern den Unterschied zwischen den behandelten Gruppen, da ihr Einfluß in beiden geltend geworden ist.

Bei I n t e r v i e w B sind stärkere Unterschiede zu beobachten. Die Mütter der G r u p p e I (verbale Instruktionen) ändern ihre Einstellung bereits von der ersten zur zweiten Befragung (s. Tabelle 35).

In der G r u p p e M (Münzsystem) ist die Veränderung erst von der zweiten zur dritten Befragung zu beobachten. Zu beachten ist allerdings, daß die Unterschiede zwischen den behandelten Gruppen nicht bedeutsam sind.

Der Vergleich von der ersten zur dritten Befragung ergibt in beiden Gruppen signifikante Unterschiede, während die Einstellung in der Kontrollgruppe gleich bleibt.

Tabelle 35 Zeichen-Test, Interview B: K^2 -Werte

Befragungen	Gruppe I (verbale Instr.)	Gruppe M (Münzsystem)	Gruppe K (Kontrollgruppe)
1. - 2. Befr.	0 $p < .05$	1 $p > .05$	2 $p > .05$
2. - 3. Befr.	2 $p > .05$	0 $p < .05$	2 $p > .05$
1. - 3. Befr.	0 $p < .05$	0 $p < .05$	1 $p > .05$

Die Einstellung der Mütter hat sich demnach im Verlauf der Behandlung im Sinne einer positiven, kooperativen Haltung zunehmend verändert.

3. Der Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten dem Kind gegenüber

Im Anschluß an diese Überprüfung ist versucht worden, die emotionale Einstellung der Mutter und ihr aktuelles Verhalten dem Kind gegenüber auf einen möglichen Zusammenhang hin zu untersuchen. Dabei ist das Ergebnis des Interviews A mit dem unter der Kategorie P zusammengefaßten, kooperativen Verhalten der Mutter verglichen worden.

Zur Überprüfung wurde der SPEARMAN-Rang-Test verwendet (s. Tabelle 36).

Ein eindeutiges Ergebnis wird nur für die Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen) nach Abschluß der Behandlung ermittelt. Die Mütter dieser Gruppe sind demnach in ihrem Verhalten kooperativer geworden und haben gleichzeitig eine positivere Einstellung ihrem Kind gegenüber gewonnen.

Tabelle 36 SPEARMAN-Rang-Test

Emotionale Einstellung der Mutter (Interview
A) und aktuelles Verhalten

A/Verhalten	Rangkorrelationen		
	Gruppe I verbale Instr.	Gruppe M (Münzsystem)	Gruppe K (Kontrollgr.)
1. Befragung, pos.Verhalten	.17 p > .05	-.17 p > .05	.42 p > .05
2. Befragung, pos.Verhalten	.34 p > .05	-.07 p > .05	-
3. Befragung, pos.Verhalten	.93 p < .05	-.36 p > .05	.70 p > .05

Ein ähnliches Resultat ergibt sich bei der Überprüfung des Zusammenhangs zwischen Einstellung zur Behandlung und Mütterverhalten (s. Tabelle 37).

Tabelle 37 SPEARMAN-Rang-Test

Einstellung der Mutter zur Therapie (Interview B) und aktuelles Verhalten

B/Verhalten	Rangkorrelationen		
	Gruppe I verbale Instr.	Gruppe M Münzsystem	Gruppe K Kontrollgruppe
1. Befragung/ positives Verhalten	.06 p > .05	-.77 p > .05	.63 p > .05
2. Befragung/ positives Verhalten	.37 p > .05	.30 p > .05	-
3. Befragung/ positives Verhalten	.83 p < .05	.67 p > .05	.65 p > .05

Auch hier wird in der Gruppe I (verbale Instruktionen) nach der dritten Befragung eine bedeutsame Korrelation

festgestellt. Danach sind vor allem die Mütter dieser Gruppe bei einer deutlichen Verhaltensänderung auch der Behandlung gegenüber zunehmend positiv eingestellt.

Die soeben beschriebenen Ergebnisse sind vom Methodischen her wenig sicher. Die kleinen Gruppen erschweren das Zustandekommen eindeutiger Resultate. Hinzu kommt, daß die Arbeit mit Rängen nur eine grobe Schätzung erlaubt.

Aufschlußreicher sind daher möglicherweise die anekdotenhaften Berichte der Eltern, die sie z. T. spontan, während der Beantwortung der Interviews, z. T. im Rahmen anderer Gespräche über ihre Einstellung dem Kind oder der Behandlung gegenüber angebracht haben.

Die Mütter der Gruppe M (Münzsystem) erzählen z. B. an einem Gruppenabend, sie hätten, seit sie in der Behandlung sind, den Kindern gegenüber eine ganz andere Haltung eingenommen. Sie würden anders auf sie eingehen. Sie würden sich und ihre Kinder genauer beobachten und überlegten mehr, wie sie sich am geschicktesten verhalten könnten. Einige sagten, sie würden ihre Kinder nicht mehr schlagen. Die Väter von Doris und Jürgen berichten an den Gruppenabenden von ihren Frauen, sie seien ausgeglichener geworden, würden weniger schelten und mit dem Problemkind und seinen Geschwistern jetzt besser auskommen.

Die Mutter von André aus der Gruppe I (verbale Instruktionen) gibt während der zweiten Beobachtungsphase ein sehr schönes Beispiel für dieses "genauere Beobachten" und für die Art, wie sie ihr Kind neu sieht. Sie hatte seit der Behandlung häufig bemerkt, daß ihr Mann zu streng mit dem Sohn ist. Das Kind wird von ihm sehr häufig getadelt. André selbst ist immer sehr bemüht, die Sache anschließend wieder gut zu machen. Der Vater geht jedoch überhaupt nicht auf sein Bemühen ein und akzeptiert auch den guten Willen des Sohnes nicht, der gewöhnlich irgendwann resigniert. Nachdem die Mutter diesen Prozeß mehrmals beobachtet hat, spricht sie mit dem Vater

darüber und kann zu einer Veränderung seines Verhaltens beitragen.

Es könnten mehr Beispiele genannt werden. Sie zu erwähnen erscheint wichtig, da in ihnen die Zufriedenheit der Patienten zum Ausdruck gebracht wird, die neben der Erfolgsmeldung durch die systematische Verhaltenskontrolle ein ganz relevantes Erfolgskriterium darstellt.

10. Besprechung einiger Einzelfälle bezüglich ihres Behandlungsfortschritts

Abschließend sollen einige Einzelfälle genauer dargestellt werden, um an dem familiären Hintergrund, aus dem die Kinder kommen, die bislang gezeigten Kurven und daran besprochenen "Erfolge" oder "Mißerfolge" noch einmal von einem anderen Gesichtspunkt her zu betrachten.

Wird unter "Behandlungsfortschritt" zunächst einmal jede Zunahme des erwünschten Verhaltens (P), bzw. Abnahme des unerwünschten Verhaltens (N) verstanden, so haben alle Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen) Fortschritte gemacht (s. Tabelle 38).

Tabelle 38 Veränderungen von Beobachtungsphase I zu Beobachtungsphase II

Kat.	Gruppe I (verbale Instruk.)				Gruppe M (Münzsystem)				Gruppe K (Kontrollgruppe)			
	Mutter		Kind		Mutter		Kind		Mutter		Kind	
	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
P	6	0	5	1	5	1	6	0	0	5	0	5
N	6	0	4	2	5	1	6	0	0	5	1	4

+: Fortschritt; -: kein Fortschritt
P: erwünschtes Verhalten
N: unerwünschtes Verhalten

Ein Kind dieser Gruppe zeigt nach der Behandlung keine Verbesserung des erwünschten Verhaltens. Auch sein Störverhalten geht nicht zurück.

Bei einem weiteren Kind bleibt die Rate des Störverhaltens die gleiche.

In der Gruppe M (Münzsystem) zeigt eine der Mütter keinen Behandlungsfortschritt, während in der Kontrollgruppe fünf Mütter und vier der Kinder in ihrem Verhalten unverändert bleiben oder sich verschlechtern.

Den wohl positivsten Verlauf zeigt das Kind Guido aus der Gruppe I (verbale Instruktionen) (s. Abb. 30 und 31).

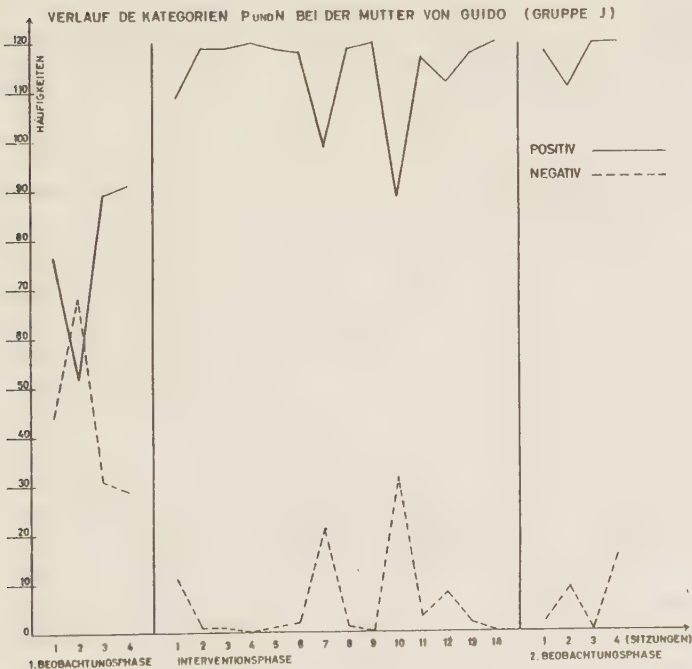


Abbildung 30

Bei der Mutter tritt schon nach der ersten Intervention eine Änderung ein.

Guido zeigt zum erstenmal in der vierten Sitzung überwiegend positive Verhaltensweisen. Danach erfolgt ein allmählicher Anstieg.

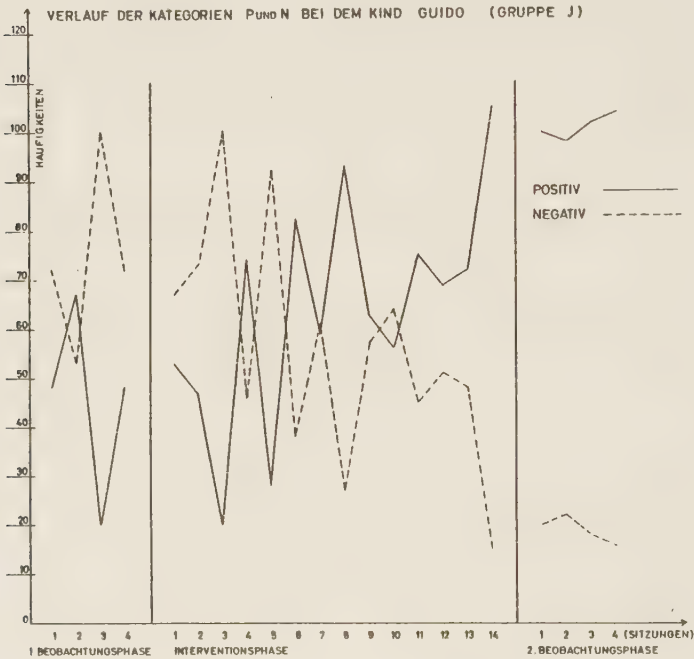


Abbildung 31

Beide, Mutter und Kind zeigen ab der 10. Sitzung ein stabiles, verändertes Verhalten. Ihre Behandlung ist als erfolgreich anzusehen.

Auch die Nachuntersuchung ein halbes Jahr später bringt ein sehr positives Ergebnis. Nach Angaben der Mutter hat die Beziehung zwischen ihr und Guido sich weiterhin gebessert. Verhaltensweisen, die sie früher sehr störten, wie Weinen, Nörgeln, Aufsässigkeit, Einnässen treten nur noch sehr selten auf. Guidos Mutter glaubt vor allem, sie hätte gelernt, so mit dem Jungen umzugehen, wie sie

es für richtig hält und dabei konsequent zu sein, statt sich von ihm bestimmen zu lassen.

In diesem Fall ist die Dauer der Behandlung auf Grund der erhobenen Beobachtungsdaten und nach den Aussagen der Mutter ausreichend gewesen. Es handelt sich um einen einfachen Fall. Mutter und Kind sind sehr kooperativ.

Guido kommt aus einer ganz harmonischen Familie. Eltern und Kinder gehen warm und herzlich miteinander um. Die Eltern bezeichnen ihre Ehe als glücklich. Guidos Verhaltensauffälligkeiten sind wahrscheinlich durch Erziehungsfehler der Mutter zustande gekommen, die das Kind als sehr junge Frau bekam und zu der Zeit in ihrer Erziehungshaltung extrem unsicher war.

Sie hat die in der Therapie gebotene Hilfe gebraucht und voll für sich genutzt. Da sie keinen zusätzlichen Belastungen ausgesetzt war, hat sie leicht Fortschritte machen können.

Sehr anders sieht die Situation im Fall Helmuth aus. Die Mutter hat ebenfalls einen sehr positiven Behandlungsverlauf, obwohl sie, um sich zu ändern, etwas länger gebraucht hat als Guidos Mutter (s. Abb. 32).

Helmuth selbst ist nicht so erfolgreich. Seine Kurven zeigen extreme Schwankungen und auch am Ende der Behandlung noch kein zufriedenstellendes Ergebnis (s. Abb. 33).

Bei Helmuth und seiner Mutter ist der familiäre Hintergrund sehr anders. Helmuth kommt aus einem Geschäftshaushalt, der stets sehr viel Unruhe mit sich brachte und ihm die Mutter vor allem in der frühen Kindheit häufig entzogen hat. Die Mutter gibt selbst an, daß Helmuth ein Defizit an "Arbeitsverhalten" und "sozialen Verhaltensweisen" hat, die ihm nie vermittelt worden sind.

Die Eltern haben seit Jahren Eheschwierigkeiten.

Helmuth erscheint zu Beginn der Behandlung allgemein sehr viel schwieriger als z. B. Guido.

Dennoch kann auch Helmuth als erfolgreicher Fall bezeichnet werden. Hier hat vor allem die Mutter sehr gut mitgearbeitet und die ihr gegebenen Hilfestellungen dankbar

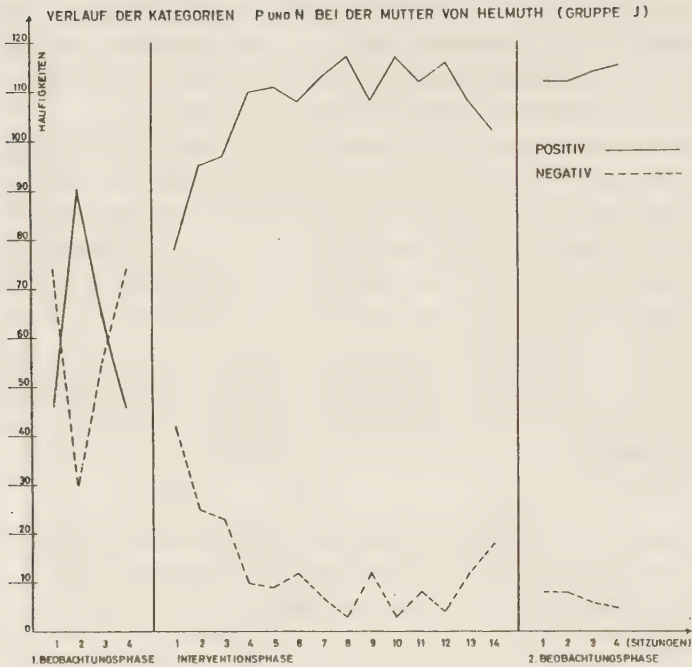


Abbildung 32

aufgenommen und weiterverarbeitet. Sie ist ständig bemüht gewesen, auch an sich selbst zu arbeiten.

In der Nachuntersuchung berichtet sie, daß Helmuth schulisch wesentlich bessere Leistungen zeigt und sich in der Schule erstmals bemüht, mit anderen Kindern in Kontakt zu treten.

Er näßt nachts nicht mehr ein, folgt besser, ist aber z. B. immer noch sehr aufgeregt, wenn in der Familie etwas Besonderes passiert. Die Mutter sagt: "Alles ist besser geworden, aber noch nicht gut!"

Sie selbst glaubt am meisten aus den Beratungsgesprächen nach den Sitzungen profitiert zu haben. Sie gibt an, konsequenter geworden zu sein und sich mehr durchsetzen zu können.

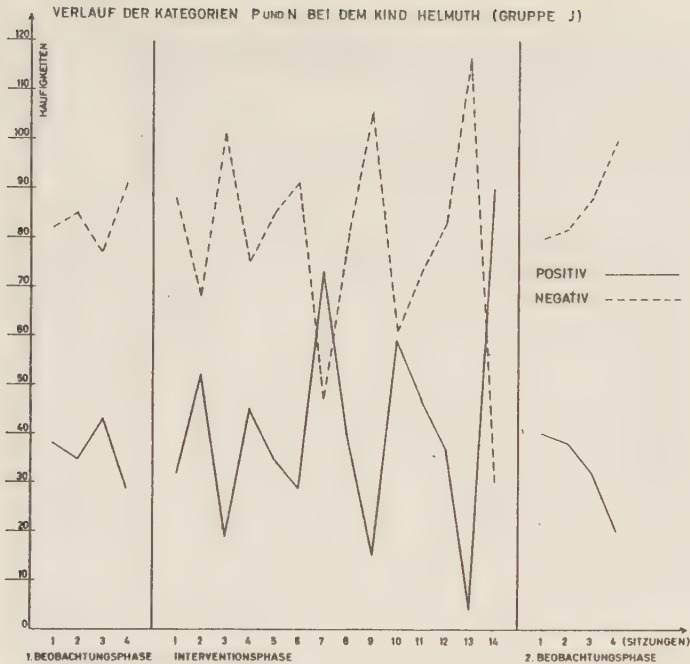


Abbildung 33

Sie versucht, Gelerntes bei allen Familienmitgliedern anzuwenden und meint zum Schluß, sie habe mit dem Training sogar Hilfe in der Beziehung zu ihrem Mann bekommen. Ihre Ehe sei wieder harmonischer geworden.

Helmuths Mutter ist engagiert gewesen und hat ebenfalls die Therapie voll für sich genutzt. Für sie und ihren Sohn ist auch weiterhin eine günstige Prognose zu stellen.

Ganz anders wiederum sieht der Fall Harald (Gruppe M: Münzsystem) aus. Die Verläufe von Mutter und Kind sind positiv (s. Abb. 34 und 35).

Die Mutter zeigt schon in der ersten Sitzung eine maximale Verbesserung.

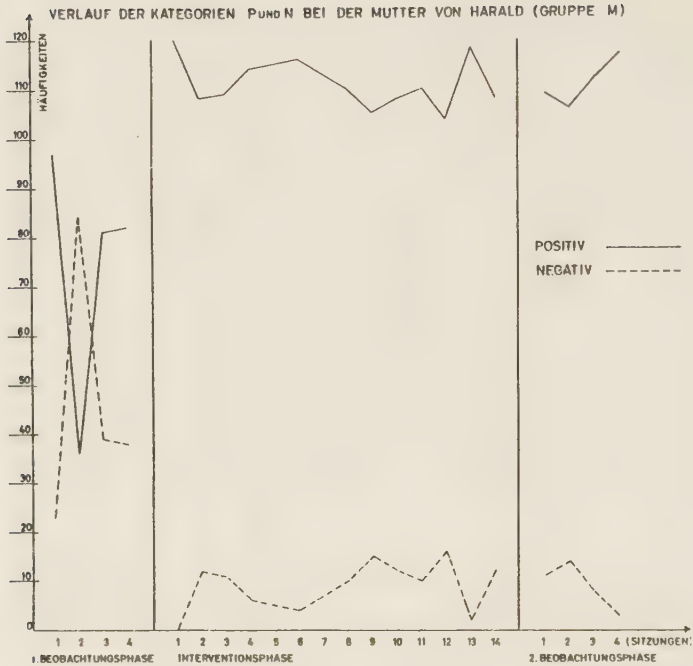


Abbildung 34

Harald wird ebenfalls mit der ersten Sitzung wesentlich besser und behält ein relativ hohes Niveau an positiven Verhaltensweisen bei, wenngleich er, wie alle Kinder, eine unruhigere Kurve hat als seine Mutter.

Haralds Mutter hat die ihr gegebenen Instruktionen immer sehr rasch verstanden und befolgt. Sie hat schnell begriffen, worum es in der Therapie ging und war in ihrem Verhalten eher überangepaßt als spontan und echt. Es entstand der Eindruck, als würde sie die ihr gegebenen Anweisungen für den Therapeuten ausführen und nicht für sich und das Kind als Hilfe nutzen.

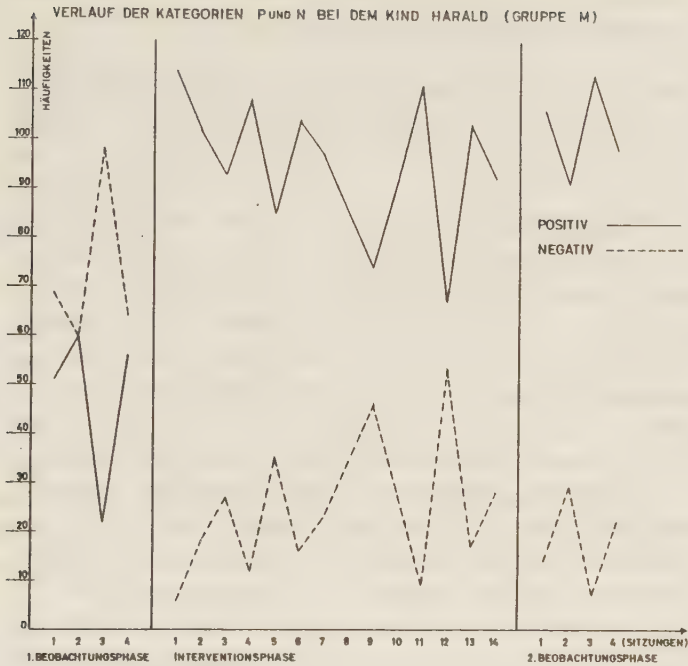


Abbildung 35

Außerhalb der Behandlung erwies sie sich als nicht zuverlässig. Es kam wiederholt vor, daß sie z. B. Termine versäumte, Aufgaben Zuhause nicht erfüllte oder Unterlagen über Harald vergaß, um die sie gebeten worden war. Oft kamen Zweifel darüber auf, ob ihre Aussagen über Erlebnisse Zuhause den Tatsachen entsprachen.

Von der familiären Situation her kam erschwerend hinzu, daß die Mutter geschieden war und einen zweiten Mann geheiratet hatte, der sich nicht um Harald kümmerte. Tagsüber ging sie ihrem Beruf nach. Harald war währenddessen der Großmutter anvertraut, die ihn in der äußeren Pflege gut versorgte, aber dem Jungen darüber hinaus kaum gewachsen war. Er hat ihr häufig große Schwierigkeiten be-

reitet, z. B. bei den Hausaufgaben, durch Stören der Nachbarn oder durch überlanges Ausbleiben.

Im Fall Harald konnte selbst in Anbetracht der positiven Behandlungsverläufe keine günstige Prognose gestellt werden.

Der Mutter sind daher nach der Behandlung weiterhin Ratschläge erteilt worden, die vor allem eine Umstrukturierung der äußeren Lebenssituation betrafen: die Großmutter fand eine Wohnung im gleichen Haus, so daß Harald nicht zweimal täglich in einen anderen Stadtteil fahren mußte. Harald machte seine Hausaufgaben zu einer festgelegten Zeit am Nachmittag; sie wurden am Abend von der Mutter nachgesehen.

Die Mutter verbrachte regelmäßig jeden Abend eine halbe Stunde Zeit mit ihm, während der sie miteinander spielten, bastelten oder sich auch nur unterhielten.

In der Nachuntersuchung sagte die Mutter, sie würde diesen Anweisungen noch immer mit Erfolg nachgehen. Sie selbst gab an, durch das Training profitiert zu haben und vor allem erfahren zu haben, wie sehr Harald sie brauche.

Es entstand jedoch der Eindruck, daß die Mutter bei ihren Aussagen nicht ganz ehrlich war. Sie beschönigte oder bagatellierte und verwickelte sich in Widersprüche, z. B. bei ihren Berichten darüber, wieviel Zeit sie wirklich gemeinsam mit Harald verbringen würde.

Mutter und Kind sind daher im Anschluß an das Trainingsprogramm an eine Regensburger Erziehungsberatungsstelle überwiesen worden.

Werden die drei Kinder Guido, Helmuth und Harald noch einmal an Hand der Verhaltensprotokolle miteinander verglichen, die für das Training in erster Linie als Erfolgskontrolle herangezogen worden sind, so sind Harald und seine Mutter ebenso wie Guido und seine Mutter als erfolgreiche Mutter-Kind-Paare einzustufen. Bei Helmuth sind starke Bedenken anzumelden. Die Kurven seiner Mutter können als sehr positiv beurteilt werden, er selbst jedoch läßt keine Veränderung erkennen.

Eine umfassendere Betrachtungsweise, die das Verhalten der drei Mutter-Kind-Paare in anderen Situationen und ihre gesamte familiäre Situation miteinbezieht, kommt zu einem anderen Ergebnis und kann außer im Fall Guido auch bei Helmuth und seiner Mutter einen Therapieerfolg aufzeigen, nicht jedoch im Fall Harald, trotz positiver Beobachtungsergebnisse.

Dabei wird deutlich, daß die Verhaltensbeobachtung, wie sie in dieser Untersuchung vorgenommen worden ist, eine gute Methode darstellt, um konkrete Verhaltensänderungen in einer bestimmten Situation festzuhalten.

Zur Erfassung therapeutischer Effekte reicht sie allein jedoch nicht aus und kann, da sie nur einen Verhaltensauschnitt beschreibt, sogar irreführend sein, wie z. B. im Fall Harald. Es erscheint daher notwendig, zur Veränderungskontrolle mehrere verschiedene Kriterien heranzuziehen und möglicherweise den Effekt einer Therapie für jeden Fall individuell zu definieren.

11. Die Nachuntersuchung

Nach jeder Untersuchung ist es wichtig, die in der Behandlung erreichte Veränderung aufrechtzuerhalten und weiter fortzusetzen. Zu einer Therapie selbst sollte daher auch der Plan für eine Nachbehandlung gehören.

In dem vorliegenden Elternprogramm ist dem Kind durch die direkte Einbeziehung der Mutter in die Behandlung eine gute Voraussetzung für seine Weiterentwicklung geschaffen worden. Es ist nach Abschluß der Therapie mit seiner Neuorientierung nicht mehr allein, sondern findet eine Stütze in der Mutter, die gelernt hat, ihm die notwendigen Hilfen zu geben.

Mit den Müttern der behandelten Gruppen wurde nach Beendigung des Trainings noch für ein halbes Jahr ein telefonischer Kontakt aufrechterhalten. Sie sind alle zwei Wochen von dem Therapeuten angerufen worden und konnten ihrerseits bei besonderen Schwierigkeiten Kontakt aufnehmen.

Danach sind sie noch einmal zu einem Gespräch einbestellt worden, um Informationen über ihr weiteres Befinden in der Zwischenzeit einzuholen (s. S. 298 im Anhang).

Eine systematische Nachuntersuchung ist vor allem aus personellen Gründen im Rahmen dieser Studie leider nicht möglich gewesen.

Das Ergebnis der Gespräche war insgesamt sehr zufriedenstellend. Die Eltern haben die in der Behandlung gesammelten Erfahrungen auch weiterhin gut verwenden können.

Alle zwölf Kinder erledigten inzwischen ganz reibungslos ihre Hausaufgaben und benötigten nicht einmal mehr die ständige Anwesenheit der Mutter.

Eine Mutter aus der Gruppe M (Münzsystem) hatte für diese Situation wieder eine Münzökonomie eingeführt und gab an, sehr gut damit zurechtzukommen.

Bezüglich der Konzentrationsfähigkeit betonten zwei Mütter, daß ihre Kinder wesentlich besser konzentriert seien, während alle anderen Kinder zwar besser geworden sind, aber immer noch starken Schwankungen unterliegen.

Acht der zwölf behandelten Kinder waren in der Zwischenzeit in der Schule besser vorangekommen. Sie zeigten gute Leistungen und sind im Verhalten weitgehend unauffällig geworden.

Von den restlichen vier Kindern wurden gerade ausreichende Leistungen berichtet. Sie wurden als in der Schulsituation immer noch sehr unruhig und leicht ablenkbar geschildert.

Darüber hinaus berichteten fast alle Mütter eine Vielzahl von Veränderungen im allgemeinen Verhalten.

Alle gaben an, die Beziehung zu ihrem Kind habe sich seit der Behandlung verändert. Sie hätten gelernt, das Kind neu zu sehen und anders mit ihm umzugehen, z. B. mehr Geduld zu haben, nicht ständig auf das Kind einzureden und an ihm herumzukritisieren.

Die Kinder wurden als ausgeglichener und leichter zu erziehen beschrieben. Die meisten von ihnen hatten ihre Nebensymptome verloren: sie waren selbständiger geworden, konnten alleine spielen, hielten Ordnung, hatten aufgehört, Nägel zu beißen, nachts einzunässen und bekamen leichter Kontakt zu anderen Kindern.

In allen Fällen hatte offenbar eine Generalisation des in der Behandlung Gelernten auf andere Verhaltensweisen der behandelten Mütter und Kinder stattgefunden.

Die Veränderungen konnten nach der Behandlung über einen Zeitraum von einem halben Jahr aufrechterhalten und von den Müttern weiterentwickelt werden.

Fünf Mütter gaben an, sie hätten das in der Behandlung Gelernte auch erfolgreich auf die Geschwister des Problemkindes anwenden können, drei auch auf ihren Ehemann, so daß ihr Familienleben harmonischer geworden war.

Bis auf einen Fall, bei dem der Vater statt der Mutter das Training übernommen hatte, haben alle Eltern im Sinne der Therapie weitergearbeitet.

Dieser Vater berichtete abschließend, vieles an seinem Sohn sei positiv verändert, er konnte jedoch nicht sagen, ob die Veränderungen auf das Training zurückzuführen wären oder entwicklungsbedingt seien.

Die übrigen Mütter waren auch zu diesem Zeitpunkt noch der Ansicht, daß die Behandlung ihnen sehr geholfen hat. Sie führten die bei ihnen und ihren Kindern beobachteten Veränderungen auf das Training zurück.

Die Mütter waren bei dieser Befragung noch immer sehr dankbar für die Unterstützung, die sie in der Behandlung erhalten hatten.

12. Zusammenfassung der Ergebnisse

In der Ausgangslage bestehen zwischen den drei untersuchten Gruppen keine Unterschiede in den beobachteten Verhaltensweisen.

Bei Müttern und Kindern der behandelten Gruppen können im Verlauf der Behandlung Veränderungen im Sinne des Interventionszieles festgestellt werden. Dagegen bleibt das Verhalten der Kontrollgruppe weitgehend gleich oder verschlechtert sich noch.

Die ursprüngliche Annahme, die Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen) würden durch die ihnen gegebenen ausführlichen Instruktionen für den Umgang mit ihren Kindern mehr profitieren als die Mütter der Gruppe M (Münzsystem), kann nur für einzelne Verhaltensweisen bestätigt werden.

Bei den Kindergruppen ist in der zweiten Beobachtungsphase eine eindeutige Überlegenheit der beiden behandelten Gruppen gegenüber der Kontrollgruppe festzustellen. Die Kinder der Gruppe M (Münzsystem) erzielten etwas bessere Ergebnisse als die Kinder der Gruppe I (verbale Instruktionen), der Unterschied ist jedoch nicht bedeutsam.

Die Kinder der Gruppe M (Münzsystem) zeigen sehr viel schneller eine positive Veränderung. Schon in der ersten Sitzung nimmt die Rate kooperativer Verhaltensweisen in dieser Gruppe eindeutig zu, während das Störverhalten stark zurückgeht.

Die Kinder der Gruppe I (verbale Instruktionen) brauchen für denselben Prozeß sehr viel länger und zeigen erst ab der neunten Sitzung eine deutliche Stabilisierung.

Die Unterschiede zwischen den behandelten Kindergruppen liegen somit vor allem im Verlauf, nicht im Endergebnis.

Von Außenstehenden, die nach dem Verhalten der Kinder befragt worden sind, werden ebenfalls positive Veränderungen berichtet.

Die Väter beider Kindergruppen sehen bei ihren Kindern schon nach der ersten Hälfte der Behandlung Fortschritte, die sie auf die Intervention zurückführen.

Die Urteile der Lehrer auf Grund ihrer Beobachtungen in der Schule sind weniger eindeutig. Nur in einigen Fällen stellen sie eine Veränderung fest, die sie mit der Behandlung in Zusammenhang bringen.

Eine genauere Untersuchung der einzelnen Verhaltenskategorien hat ergeben, daß die Mütterkategorie: Hilfestellung geben (PH) und die Kinderkategorie Arbeitsverhalten (PA) am häufigsten gemeinsam vorkommen. Lob der Mutter (PL) und Arbeitsverhalten des Kindes (PA) treten erst im späteren Verlauf der Behandlung konsistent gemeinsam auf.

Greifen die Mütter direkt in das Arbeitsmaterial ihrer Kinder ein (ND), werden sowohl positive Reaktionen der Kinder (PA) als auch motorische Unruhe (NM) beobachtet.

Die Verhaltenssequenzen von Müttern und Kindern sind im Verlauf der Behandlung immer länger geworden.

Harmonische Interaktionen äußern sich in längeren, konsistenten Verhalteneinheiten.

Die schon zu Beginn recht positive Einstellung der Mütter ihren Kindern gegenüber verbessert sich gegen Ende der Behandlung weiterhin.

Der Intervention gegenüber nehmen die behandelten Mütter eine zunehmend positive, kooperative Haltung ein.

Die Nachuntersuchung, sechs Monate nach Abschluß der Behandlung, hat bei fast allen Mutter-Kind-Paaren eine Stabilisierung und Erweiterung des in der Behandlung Gelernten gezeigt und kann neben der Generalisierung auf andere Verhaltensweisen des Problemkindes auch in einigen Fällen eine Generalisierung auf andere Bezugspersonen aufweisen.

VI. SCHLUSSBEMERKUNGEN

In der vorliegenden Untersuchung ist ein Versuch beschrieben worden, bei der Behandlung von Kindern mit Konzentrationsstörungen die Eltern direkt in den therapeutischen Prozeß miteinzubeziehen.

Hierzu sind zwei verhaltenstherapeutische Elterntrainingsmethoden entwickelt und auf ihre Anwendbarkeit hin überprüft worden. Eine neu erarbeitete Therapiemethode, die aus spezifischen verbalen Instruktionen besteht, ist mit der bereits erprobten Methode der kontingenten Belohnung in Form einer Münzökonomie verglichen worden. Beide Therapiegruppen sind gleichzeitig gegen eine Kontrollgruppe getestet worden.

Zur Kontrolle des Therapieverlaufs sind Verhaltensbeobachtungsdaten von Mutter und Kind erhoben worden, die folgende Ergebnisse erbracht haben: nach gleicher Ausgangslage haben die Mütter beider Therapiegruppen im Verlauf des Trainings deutliche Verbesserungen in ihrem Verhalten dem Kind gegenüber gezeigt. Dabei sind die Mütter der Gruppe I (verbale Instruktionen) den Müttern der Gruppe M (Münzsystem) in einigen Verhaltensweisen überlegen gewesen.

Beide Gruppen haben bessere Ergebnisse erzielt als die Kontrollgruppe.

Die Kinder der Gruppe M (Münzsystem) haben deutliche Veränderungen im Vergleich zur Kontrollgruppe gezeigt.

Sie unterschieden sich von den Kindern der Gruppe I (verbale Instruktionen) durch sehr viel schnelleres Lernen zu Beginn der Behandlung. Bei Abschluß der Behandlung zeigten allerdings beide Kindergruppen vergleichbare Fortschritte.

Mit den vorliegenden Ergebnissen sind die **Z i e l e** der Untersuchung erreicht worden: Mütter und Kinder haben für das gemeinsame Erledigen der Hausaufgaben ein sehr positives Interaktionsmuster erworben. Das "Hausaufgaben-machen" ist für alle behandelten Fälle weit-

gehend problemlos geworden.

Müttern und Kindern ist es darüber hinaus gelungen, ihre Beziehung zueinander zu verbessern.

In der Nachuntersuchung wird die Stabilisierung dieser Veränderungen bestätigt und ihre Generalisierung auf andere Personen und Verhaltensweisen berichtet.

Beide, für diese Studie erstellten Trainingsprogramme haben sich bei den behandelten Gruppen als gut brauchbar erwiesen. Sie sind auf eine ganze Gruppe von Kindern eines Störbereiches anwendbar.

Für die Unterweisung der Mütter ist die Verwendung spezifischer verbaler Instruktionen, die ihnen sehr genaue Hinweise zur Veränderung ihres eigenen Verhaltens geben, als günstig anzusehen.

Bei den Kindergruppen hat sich für eine rasche Anbahnung von Veränderungen die Münzökonomie als effektiv erwiesen. Im Falle einer Wiederholung des Trainings erschiene es daher sinnvoll, beide Trainingsprogramme zu kombinieren und die jeweiligen Vorzüge zu nutzen.

Beide Kindergruppen haben in der neunten Therapiesitzung zum erstenmal das gewünschte Niveau neu erlernter Verhaltensweisen erreicht. Zur Etablierung von Veränderungen bei Kindern mit Konzentrationsstörungen erscheinen demnach neun Therapiesitzungen als eine minimale Voraussetzung. Die Gesamtdauer des vorliegenden Programms von vierzehn Sitzungen ist als sehr positiv anzusehen, da die noch folgenden Behandlungsstunden zur Stabilisierung des veränderten Verhaltens notwendig sind.

Erfreulich ist die von den Müttern geschilderte Generalisation der Verhaltensänderungen von der Institution in das häusliche Milieu, wobei sowohl eine Generalisation auf andere Störbereiche als auch auf andere Bezugspersonen berichtet wird.

Für diesen positiven Effekt sind vermutlich mehrere Faktoren verantwortlich zu machen.

Äußerst hilfreich ist ohne Zweifel die Verwendung von Filmmaterial gewesen, das sehr zur Veranschaulichung der

therapeutischen Unterweisungen beigetragen hat und für die Mütter ein ganz ausgezeichnetes Korrektiv gewesen ist.

Ebenfalls nicht unbedeutend war der sehr gute Kontakt zwischen Eltern und Therapeut. Unter ihnen bestand ein Vertrauensverhältnis, das für die Eltern volle Unterstützung bedeutete und dem Therapeuten die Arbeit leicht und angenehm machte.

Bei einer Wiederholung des Therapieprogramms wäre es sinnvoll, für die Mütter regelmäßige Modellsitzungen einzuführen, um ihnen besonders schwierige Lernschritte zu erleichtern, z. B. bei jeder neuen Instruktion.

Wichtig erschiene es weiter, die Kinder selbst sehr viel stärker in das Therapieprogramm miteinzubeziehen. Es wäre von Vorteil, ihnen ebenso wie den Müttern mit Video-filmen und Gesprächen eine Rückmeldung über ihr eigenes Verhalten zu geben.

Außerdem sollte auf die Einübung der Selbstkontrolle bei den Kindern sehr viel mehr Sorgfalt verwendet werden als dies in der vorliegenden Untersuchung geschehen ist.

Wird zur Therapiekontrolle weiterhin ein Verhaltensbeobachtungssystem verwendet, wäre es günstig, eine direkte Interaktionsbeobachtung durchzuführen, zumal schon bei der hier vorgenommenen Analyse der getrennten Protokolle von Mutter und Kind eindeutige Zusammenhänge aufgezeigt werden konnten.

Zur Erfassung von Veränderungen sollten darüber hinaus jedoch noch andere Kriterien hinzugezogen werden, so daß auch die Untersuchung von Einstellungen und Gefühlen, die die Verhaltensänderungen bei Müttern und Kindern begleiten, mitberücksichtigt werden kann.

Bei den behandelten Mutter-Kind-Gruppen sind mit den beschriebenen Therapieprogrammen sehr positive Resultate erzielt worden. Es ist zu hoffen, daß die Programme auch weiterhin Anwendung finden.

VII. LITERATURVERZEICHNIS

- ALEXANDER, J. F.,
PARSONS, B.N. Short-term behavioral inter-
vention with delinquent families:
impact of family process and
recidivism.
Journal of Abnormal Psychology,
1973, 3, 219 - 225.
- ALLEN, K.E.,
HART, B.,
BUEL, J.S.,
HARRIS, F.R.,
MONTROSE, M.M. Effects of social reinforcement
on isolate behavior of a nursery
school child.
Child Development, 1964, 35,
511 - 518.
- ALLEN, K.E.,
HARRIS, F.R. Elimination of child's excessive
scratching by training the
mother in reinfreinforcement procedures.
Behavior Research and Therapy,
1966, 4, 79 -84.
- ALLEN, K.E.,
HENKE, L.B.,
HARRIS, F. Control of hyperactivity by
social reinforcement of attend-
ing behavior.
Journal of Educational Psycho-
logy, 1967, 58, 231 - 237.
- ALVORD, J.R. The home token economy, a
motivational system for the
home.
Corrective Psychiatry and
Journal of Social Therapy,
1971, 17 (3), 6 - 12.
- AUERBACH, A.B. Parents learn through discussion.
New York; Wiley, 1968.
- AYLLON, T.,
AZRIN, N.H. Reinforcement and instruc-
tions with mental patients.
Journal of Experimental Ana-
lysis of Behavior, 1964, 7,
327 - 331.
- BACH, R.,
MOYLAN, J.J. Parents administer behavior
therapy for inappropriate
urination and encopresis:
a case study.
Journal of Behavior Therapy
and Experimental Psychiatry,
1975, 6, (3), 239 - 241.

- BANDURA, A.,
ROSS, D.,
ROSS, S.A. Imitation of film-mediated aggressive models. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1963, 66, 3 - 11.
- BANDURA, A.,
WALTERS, S.R. Social learning and personality development. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1963.
- BANDURA, A. Principles of behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969.
- BAYER, G. Verhaltensdiagnose und Verhaltensbeobachtung. in: KRAIKER, Ch. (Hrsg.): Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler, 1974.
- BECKER, W.C.,
PETERSON, D.R.,
HELLMER, C.A.,
SHOEMAKER, D.J.,
QUAY, H.C. Factors in parental behavior and personality as related to problem behavior in children. Journal of Consulting Psychology, 1959, 23, 107 - 118.
- BECKER, W.C.,
KRUG, R.S. The parent attitude research instrument - a research review. Child Development, 1965, 36, (2), 329 - 365.
- BENJAMIN, L.G.,
SERDAHELY, W.,
GEPPERT, TH. Night training through parents implicit use of oparent conditioning. Child Development, 1971, 42, 963 - 966.
- BENTLER, R.M. An infant's phobia treated with reciprocal inhibition therapy. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1962, 3, 185 - 189.
- BERKOWITZ, B.P.,
GRAZIANO, A.M. Training parents as behavior therapists: a review. Behavior Research and Therapy, 1972, 10 (4), 297 - 317.

- BERNAL, M.E.,
DURYEE, J.,
PRUETT, H.,
BURNS, B. Behavior modification and the
"brat syndrome".
Journal of Consulting Psycho-
logy, 1968, 32, 447 - 455.
- BERNAL, M.E. Behavioral feedback in the mo-
dification of the brat behaviors.
Journal of Nervous and Mental
Disease, 1969, 148 (4), 375 -
386.
- BIJOU, S.M.,
PETERSON, R.R.,
HARRIS, F.R.,
ALLEN, K.E.,
JOHNSTON, M.S. Methodology for experimental
studies of young children in
natural settings.
Psychological Record, 1969,
19, 177 - 210.
- BIRNBRAUER, J.S. Generalization of punishment
effects - a case study.
Journal of Applied Behavior
Analysis, 1968, 1, 201 - 212.
- BROTHY, J.E. Mothers as teachers of their
own preschool children: the
influence of socioeconomic
status and task structure on
teaching specificity.
Child Development, 1970, 41,
79 - 95.
- BUCHER, B.,
KING, L.W.,
FINNLEY, A. Generalization of punishment
effects in the deviant behavior
of two psychotic children.
Unveröffentlichtes Manuskript,
G.V.T., München: 1970.
- BUDD, K.S.,
GREEN, N.R.,
BAER, D.M. An analysis of multiple mis-
placed parental social contin-
gencies.
Journal of Applied Behavior
Analysis, 1976, 9 (4), 459 -
470.
- CAMPBELL, S. Mother - child interaction in
reflective, impulsive and
hyperactive children.
Development Psychology, 1973, 8,
341 - 349.

- CARPENTER, R.L.,
AUGUSTINE, L.E. A pilot training program for
parents-clinicians.
Journal of Speech and Hearing
Disorders, 1973, 38 (1), 48 -
58.
- CHOPRA, H.D. Treatment of encopresis in a
mongol with operant condi-
tioning.
Indian Journal of Mental Re-
tardation, 1973, 6 (1), 43 -
46.
- CLAUSS, G.,
EBNER, H. Grundlagen der Statistik.
Frankfurt a. M.: Verlag Hari
Deutsch, 1970.
- v. CRANACH, M.,
FRENZ, G.H. Systematische Beobachtung.
in: C.F. GRAUMANN (Hrsg.):
Handbuch der Psychologie, Bd.
VII/1, Sozialpsychologie.
Göttingen: Hogrefe, 1969.
- DOTHERY, G. Basic life skills and parent
effectiveness training with
the mothers of acting-out
adolescents.
Journal of Clinical Child
Psychology, 1975, 4 (1), 3 - 6.
- EYBERG, S.M. An outcome study of child
family intervention: effects
of contingency contracting and
order of treated problems.
Unpublished doctoral disser-
tation, University of Oregon,
1972.
- EYBERG, S.M.,
JOHNSON, S.M. Multiple assessment of behavior
modification with families:
effects of contingency con-
tracting and order of treated
problems.
Journal of Consulting and
Clinical Psychology, 1974, 42
(4), 594 - 606.

- FEIGHNER, A.C.,
FEIGHNER, J.P. Multimodality treatment of the hyperkinetic child. American Journal of Psychiatry, 1974, 131 (4), 459 - 463.
- FERBER, H.,
KEELEY, S.M.,
SHEMBERG, K.M. Training parents in behavior modification: outcome of and problems encountered in a program after PATTERSON's work. Behavior Therapy, 1974, 5, 415 - 419.
- FERREIRA, A.,
WINTER, W. Information exchange and silence in normal and abnormal families. Family Process, 1968, 7, 251 - 276.
- FIELDS, S. The children's low:
I Parents as Therapists.
II Parents as Teachers. Innovations, 1975, 2 (3), 3 - 11.
- FINGARDO, N.L.,
KINI, J.F.,
STEWART, K. A thirty-day residential training program for retarded children. Mental Retardation, 1970, 8 (6), 42 - 45.
- FOPPA, K. Lernen, Gedächtnis, Verhalten. Köln, Berlin: Kiepenheuer und Witsch, 1966.
- FOREHAND, R.,
CHENEY, TE.,
YODER, P. Parent behavior training: effects of the non-compliance of a deaf child. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1974, 5 (3 - 4), 281 - 283 (a)
- FOREHAND, R.,
KING, H.E. Pre-school children's non-compliance: effects of short-term behavior-therapy. Journal of Community Psychology, 1974, 2 (1), 42 - 44.

- FOREHAND, R.,
WELLS, K.C.,
STRUGGIS, E.T. Predictors of child non-compliant behavior in the home. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1978, 46 (1), 179.
- FREDERICKS, H.D. Parents educate their trainable children. Mental Retardation, 1971, 9 (3), 24 - 26.
- FREUD, S. Das Ich und das Es (1923). Gesammelte Werke, Bd. XIII. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1940 - 1952.
- FREUD, S. Der Untergang des Ödipus-Komplexes (1924). Gesammelte Werke, Bd. XIII. London: Imago Publishing Co., Ltd., 1940 - 1952.
- FREUD, S. Analyse der Phobie eines fünfjährigen Knaben (1908 - 1909). Gesammelte Werke, Bd. VII. Frankfurt a. M.: S. Fischer Verlag 1972
- GALLON, S.L.,
JONES, R.R. Systematic therapeutic interaction: an outline of a family treatment program. Oregon Research Institute, Research Bulletin, 1972, 12, 2.
- GARDNER, J.E. Behavior therapy treatment approach to a psychogenic seizure case. Journal of Consulting Psychology, 1967, 31, 209 - 212.
- GARDNER, J.E.,
PEARSON, D.T.,
BEROVICI, A.N.,
BRICKER, D.E. Measurement, evaluation and modification of selected social interactions between a schizophrenic child, his parents and his therapist. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1968, 32 (5), 537 - 542.
- GEWIRTZ, J.L.,
BAER, D.M. Deprivation and satiation of social reinforcers as drive conditions. Journal of Abnormal and Social Psychology, 1958, 57, 165 - 172.

- GINOTT, H.G. Parent education groups in the child guidance clinic. Mental Hygiene, 1957, 41, 82 - 86.
- GLOWGOWER, F., SLOOP, E.W. Two strategies of group training of parents as effective behavior modifies. Behavior Therapy, 1976, 7 (2), 177 - 184.
- GOODMAN, E.O. Behavior modification as a therapeutic technique for use with parents of emotionally disturbed children in residential treatment. Child Psychiatry and Human Development, 1975, 6 (1), 38 - 46.
- GORDON, TH. Familienkonferenz. Hamburg: Hoffmann und Campe, 1972.
- GRAZIANO, A.M., KERN, J.E. Programmed relaxation and reciprocal inhibition with psychotic children. Behavior Research and Therapy, 1968, 6, 433 - 437.
- GUERNEY, B.G. Filial therapy: description and rationale. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1964, 28, 304 - 310.
- GUERNEY, B.G., STOUER, L., ANDRONICO, M.P. On educating disadvantaged parents to motivate children for learning: a filial approach. Community Mental Health Journal, 1967, 3, 66 - 72.
- GUZZETTA, A. Acquisition and transfer of empathy by the parents of early adolescents through structured learning training. Journal of Counseling Psychology, 1976, 23 (5), 449 - 453.

- HALL, R.V.,
CRISTLER, C.,
CRANSTON, S.S.,
TUCKER, B.
Teachers and parents as researchers using multiple baseline designs.
Journal of Applied Behavior Analysis, 1970, 3, 247 - 255.
- HALL, R.V.,
AXELROD, S.,
TYLER, L.,
GRIEFE, E.,
JONES, F.C.,
ROBERTSON, R.
Modification of behavior problems in the home with a parent as observer and experimenter.
Journal of Applied Behavior Analysis, 1972, 5, 53 - 64.
- HARRIS, F. R.,
WOLF, M.M.,
BAER, D.M.
Effects of adult social reinforcement on child behavior.
Young Children, 1964, 20, 8 - 17.
- HART, B.M.,
ALLEN, K.E.,
BUELL, J.S.,
HARRIS, F.R.,
WOLF, M.M.
Effects of social reinforcement on operant crying.
Journal of Experimental Child Psychology, 1964, 1, 145 - 153.
- HAWKINS, R.P.,
PETERSON, R.F.,
SCHWEID, E.,
BIYOU, S.W.
Behavior therapy in the home: amelioration of problem parent-child relations with the parent in a therapeutic role.
Journal of Experimental Child Psychology, 1966, 4, 99 - 107.
- HAWKINS, R.P.
Universal parenthood training: a proposal for prerational mental health.
Educations Technology, 1971, 11, 28 - 31.
- HERBERT, E.W.
Parent programs - bringing it all back home.
Paper presented at American Psychological Association, Miami, September 1970.
- HERBERT, E.W.,
BAER, D.M.
Training parents as behavior modifiers: self-recording of contingent attention.
Journal of Applied Behavior Analysis, 1972, 5, 139 - 149.

- HEYNS, R.W.,
ZANDER, A.F. Observation of group behavior.
In: L. FESTINGER, D. KATZ (EDs.):
Research methods in the behavioral
sciences.
New York, Harper & Row, 1965.
- HILGARD, E.R.,
BOWER, G.H. Theorie des Lernens I und II.
Stuttgart: Klett, 1970.
- HILLSLOP, U.W. Behavioral Management services
for the retarded: applications
of operant training procedures
in the home.
Ontario Psychologist, 1971, 3,
226 - 233.
- HOFMEISTER, A.W.,
LATHAM, G. Development and validation of
a mediated Package for training
parents of preschool mentally
retarded children.
Improving Human Performance,
1971, 1 (1), 3 - 7.
- HOLLAND, C.J. Elimination by the parents of
firesetting behavior in a seven-
year-old boy.
Behavior Research and Therapy,
1969, 7, 135 - 137.
- HOLLANDER, M.,
WOLFE, D.A. Nonparametric Statistical Methods.
New York: John Wiley and Sons,
1973.
- HOLMES, S.A.,
BARNHART, C.,
CANTONI, L. Working with the parent in
child-abuse cases.
Social Casework, 1975, 56 (1),
3 - 12.
- HOMME, L. How to use contingency contracting
in the classroom.
Champaign, Illinois: Research
Press Co., 1972.
- INGRAM, E.M. Discriminative and reinforcing
functions in the experimental
development of social behavior in
a preschool child.
Unpublished Master's Thesis, Uni-
versity of Kansas, 1967.

- INNERHOFER, P. Beobachtung - Interaktionsanalyse - Verhaltensänderung: Das Münchener Trainingsmodell. Heidelberg: Urban & Schwarzenberg, 1978.
- JOHNSON, C.,
KATZ, R. Using parents as change agents for their children: a review. Journal of Child Psychology, 1973, 14, 181 - 200.
- JOHNSON, S.M.,
BROWN, R.A. Producing behavior change in parents of disturbed children. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 1969, 10 (2), 107 - 121.
- JOHNSON, M.J.,
KELLEY, C.S.,
HARRIS, F.R.,
WOLF, M.M. An application of reinforcement principles to development of motor skills of a young child. Child Development, 1966, 37, 379 - 387.
- JONCKHEERE, A.R. A distribution - free k-sample test against ordered alternatives. Biometrika, 1971, 41, 133 - 145.
- JONES, M.C. A laboratory study of fear: the case of Peter. Pedagog. Sem., 1924, 31, 308 - 315.
- JONES, R.R.,
PATTERSON, G.R. Behavioral similarities among mothers and boys in deviant families. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, San Francisco, 1971.
- JONES, R.R. "Observation" by telephone: a economical behavior sampling technique. Oregon Research Institute Technical Report, 1974, 14, 1 (a)
- JONES, R.R.,
REID, J.B.,
PATTERSON, G.R. Naturalistic observation in clinical assessment. In: Mc REYNOLDS, P.C. (Ed.): Advances in psychological assessment. Vol. 3. San Francisco: Jossey-Bass, Inc., 1974 (b)

- JONES, R.R. Design and analysis problems in program evaluation.
in: DAVISON, R.O., CLARK, F.W., HAMERLYNCK, L.A.: Evaluation of behavioral problems in community, residential, and school settings: proceedings of the Fifth Banff International Conference on Behavior Modification.
Champaign, Illinois: Research Press, 1974 (c)
- KANFER, F.H.,
PHILLIPS, J.S. Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie.
München: Kindler-Verlag, 1970.
- KAROLY, P.,
ROSENTHAL, M. Training parents in behavior modification: effects on perceptions of family interaction and deviant child behavior.
Behavior Therapy, 1977, 8, 406 - 410.
- KATOUSKY, W.,
CRANDALL, N.C.,
GODD, S. Parental antecedents of children's beliefs in internal-external control of reinforcements in intellectual achievement situations.
Child Development, 1967, 38 (2), 765 - 776.
- KEELEY, S.M.,
SHEMBERG, K.K.,
FERBER, H. The training and use of undergraduates as behavior analysis in the consultative process.
Professional Psychology, 1973, 4 (1), 59 - 63.
- KEHL, D. Auswertungsmethoden für sequentielle Beobachtungsdaten.
in: W.H. TACK: Bericht über den 30. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Regensburg, 1976, Bd. 2, Göttingen, 1977.
- KIFER, R. G.,
LEWIS, M.A.,
GREEN, D.R.,
PHILLIPS, E.L. Training predelinquent youths and their parents to negotiate conflict situations.
Journal of Applied Behavior Analysis, 1974, 7, 357 - 364.

- KOGAN, K.L.,
WIMBERGER, H.C. Behavior transactions between disturbed children and their mothers. Psychological Reports, 1971, 28, 395 - 404.
- KRAIKER, CH. (Hrsg.) Handbuch der Verhaltenstherapie. München: Kindler, 1974.
- KUHLLEN, V. Verhaltenstherapie im Kindesalter. München: Juventa-Verlag, 1972.
- KURTZ, P.S.,
COOK, C.,
FAILLA, J. Behavior management training for parents of the mentally retarded. Michigan Mental Health Research Bulletin, 1972, 6 (1), 5 - 16.
- KUYPERS, D.S.,
BECKER, W.C.,
O'LEARY, K.D. How to make a token-system fail. Exceptional Children, 1968, 35, 101 - 110.
- LAVIGUER, H.,
PETERSON, R.F.,
SHEESE, J.G.,
PETERSON, L.W. Behavioral treatment in the home: effects of an untreated sibling and long-term follow-up. Behavior Therapy, 1973, 4, 431 - 441.
- LIENERT, G.A. Verteilungsfreie Methoden in der Biostatistik. Meisenheim am Glan: Anton Hain, 1962.
- LINDSLEY, O.R. Operant research across graduated classrooms. Paper presented at the meeting of the CED, Toronto, Canada, April 1966.
- LOBITZ, G.,
JOHNSON, S.M. Normal versus deviant: fact or fantasy. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association. Portland, Oregon, April, 1972.

- LOBITZ, W.C. Parental response sets and the behavior of deviant and non-deviant children during naturalistic observation. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon, 1973.
- LOVAAS, O.J.,
FREITAG, C.,
KINDER, M.J.,
RUBENSTEIN, B.D.,
SCHAEFFER, B.,
SIMMONS, J.B. Experimental studies in childhood schiziphrenia. Developing social behavior using electric shock. Paper read at the American Psychological Association Annual Convention, Los Angeles, California, 1964.
- LOVAAS, O.J.,
FREITAG, G.,
GOLD, N.J.,
KASSORLA, J.C. Recording apparatus and procedure of observation for behavior of children in free play settings. Journal of Experimental Child Psychology, 1965, 2, 108 - 120.
- LYTTON, H. Observation study of parent - child interaction: a methodological review. Child Development, 1971, 41, 651 - 684.
- McKENZIE, M. The interpersonal behavior of normal and clinic family members. Unpublished doctoral dissertation, Michigan State University, 1968.
- MANNINO, F.V.,
KISIELEWSKI, J.,
KIMBRO, E.L.J.,
MORGENSTERN, B. Relationships between parental attitudes and behavior. Family Coordinator, 1968, 17 (4), 237 - 240.
- MASH, E.J.,
TERDAL, L.,
ANDERSON, K. The response-class matrix: a procedure for recording parent-child interactions. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1973, 40, 163 - 164.

- MAZZA, J.,
PUMROY, D.K. A review of evaluation of behavior modification programmes. The Psychological Record, 1975, 25, 111 - 121.
- MEDLEY, D. M.,
MITZEL, H.E. Measuring classroom behavior by systematic observation. In: GAGE, N.L. (Hrsg.): Handbook of Research on Teaching. Chicago: Rand McNally, 1967.
- MEES, U.,
SELG, H. Verhaltensbeobachtung und Verhaltensmodifikation. Stuttgart: Klatt Verlag 1977.
- MEICHENBAUM, D.W.,
GOODMAN, J. Training impulsive children to talk to themselves: a mean of developing selfcontrol. Journal of Abnormal Psychology, 1971, 77, 115 - 126.
- MERBAUM, M. The modification of self-destructive behavior by a mother-therapist using aversive stimulation. Behavior Therapy, 1973, 4, 442 - 447.
- MERRIL, B. A measurement of mother-child-interaction. Journal of Abnormal social Psychology, 1946, 41, 37 - 49.
- MERTENS, W. Sozialpsychologie des Experiments. Das Experiment als soziale Interaktion. Hamburg: Hoffmann & Campe, 1975.
- MILLER, S.J.,
SLOANE, H.N. The generalization effects of parent training across stimulus settings. Journal of Applied Behavior Analysis, 1976, 9 (3), 355 - 370.
- MIRA, M. Case histories and shorter communications. Behavior Research and Therapy, 1970, 8, 309 - 311.

- MOOS, R. Family environment scale.
Palo Alto, Ca.: Consulting
Psychologists Press, 1975.
- MOSS, H.A. Methodological issues in studying
mother-infant interaction.
American Journal of Orthopsychia-
try, 1965, 35, 482 - 486.
- MOUSTAKAS, C.E.,
SCHMALLOCK, H.D. An analysis of therapist-
child interaction in play
therapy.
Child Development, 1955, 26,
143 - 157.
- MOUSTAKAS, C.E.,
SIGEL, J.E.,
SCHMALLOCK, H.D. An objective method for the
measurement and analysis of
child-adult interaction.
Child Development, 1956, 27,
109 - 134.
- NAY, W.R. A systematic comparison of instruc-
tional techniques for parents.
Behavior Therapy, 1975, 6 (1),
14 - 21.
- NOLAN, J.D.,
PENCE, C. Operant conditioning principles
in the treatment of a selectively
mute child.
Journal of Consulting and Clinical
Psychology, 1970, 35, 265 - 268.
- O'DELL, S. Training parents in behavior
modification: a review.
Psychological Bulletin, 1974,
81 (7), 418 - 433.
- O'LEARY, K.D.,
O'LEARY, S.,
BECKER, W.C. Modification of deviant sibling
interaction pattern in the home.
Behavior Research and Therapy,
1967, 5, 113 - 120.
- OLTMANN, T.F.,
BRODERICK, J.E.,
O'LEARY, K.D. Mental adjustment and the
efficiency of behavior therapy
with children.
Journal of Consulting and
Clinical Psychology, 1977, 5,
724 - 729.

PANYAN, M.C.,
PATTERSON, E.T.

Teaching attendants the applied aspects of behavior modification. Mental Retardation, 1974, 12 (5), 30 - 32.

PATTERSON, G.R.,
LITTMAN, R.A.,
HINSEY, W.C.

Parental effectiveness as re-inforcers in the laboratory and its relation to child rearing practices and child adjustment in the classroom. Journal of Personality, 1964, 32, 180 - 199 (a).

PATTERSON, G.R.,
HINSEY, C.

Investigation of some assumptions and characteristics of a procedure for instrumental conditioning in children. Journal Experimental Child Psychology, 1964, 1, 111 - 123 (b).

PATTERSON, G.R.

A learning theory approach to the treatment of the school phobic child. In: ULLMANN, L.P. u. KRASNER, L.: Case studies in behavior modification. New York: Holt, Rinehart & Winston, Inc., 1965.

PATTERSON, G.R.,
BRODSKY, G.

A behavior modification programme for a child with multiple problem behaviors. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1966, 7, 277 - 295.

PATTERSON, G.R.,
LITTMANN, R.A.,
BRICKER, W.

Assertive behavior in children: a step toward a theory of aggression. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1967, 32 (5), 1 - 43.

PATTERSON, G.R.,
GUILLON, M.E.

Living with children: new methods for parents and teachers. Champaign, Illinois: Research Press, 1968.

- PATTERSON, G.R.,
REID, J.B. Reciprocity and coercion: two
factors of social systems.
In: C. NEURINGER, u. J. MICHAEL
(Eds.): Behavior modification
in clinical psychology.
New York: Appleton Century
Crofts, 1970.
- PATTERSON, G.R. Behavioral intervention proce-
dures in the classroom and in
the home.
In: BERGIN, A.E. u. GARFIELD,
S.L. (Eds.): Handbook of
Psychotherapy and Behavior
Change.
London: Wiley, 1972.
- PATTERSON, G.R.,
COBB, J.A.,
RAY, R.S. A social engineering technology
for retraining the families of
aggressive boys.
In: ADAMS, A.P. u. UNICEL, S.
(Eds.): Issues and Trends in
Behavior Therapy, Springfield,
111: Research Press, 1973.
- PATTERSON, G.R. A basis for identifying stimuli
which control behaviors in
natural settings.
Child Development, 1974, 45,
900 - 911.
- PEINE, H.A.,
MUNRO, B.C. Training parents using lecture-
demonstration procedures and a
contingency managed program.
Paper presented at the Western
Psychology Association, Los
Angeles, April 1970.
- PERKINS, M.J. Effects of play therapy and
behavior modification approaches
with conduct problem boys.
Unpublished Doctoral Dissertation,
Univ. of Illinois, 1967
- PERREZ, M.,
MINSEL, B.,
WIMMER, H. Elternverhaltenstraining.
Salzburg: Otto Müller-Verlag,
1974.

- PETERSON, D.R.,
BECKER, W.C.,
SHOEMAKER, D.J.,
HELLMER, L.A.
- Child behavior problems, and parental attitudes.
Child Development, 1961, 32, 151 - 162.
- PUMROY, D.K.
- Maryland Parent Attitude Survey.
Journal of Psychology, 1966, 64, 73 - 78.
- RADIN, N.
- Three degrees of maternal involvement in a preschool program: impact on mothers and children.
Child Development, 1972, 43.
- RAVEN, J.C.
1. Coloured progressive matrices.
2. Standard progressive matrices.
London: Levis, 1965.
- REID, J.B.,
PATTERSON, G.R.
- The modification of aggression and stealing behavior of boys in the home setting.
Paper presented at the Third International Symposium of Behavior Modification, Mexico City, Mexico, January, 1973.
- REISINGER, J.J.,
ORA, J.P.
- Parent-child clinic and home interaction during toddler management training.
Behavior Therapy, 1977, 8, 771 - 786.
- RICHTER, H.E.
- Eltern, Kind und Neurose.
Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, 1969.
- RICHTER, H.E.
STROTZKA, H.,
WILLI, J.
- Familie und seelische Krankheit.
Reinbeck: Rowohlt Verlag, 1976.
- RINN, R.C.,
VERNON, J.C.,
WISE, M.J.
- Training parents of behaviorally - disordered children in groups: a three years program-evaluation.
Behavior Therapy, 1975, 6 (3), 378 - 387.
- ROBIN, A.L.
- An approach to teaching parents and adolescents problem - solving communication skills: a preliminary report.
Behavior Therapy, 1977, 8, 639 - 643.

- ROSE, S.D. Group training of parents as behavior modifiers.
Social Work, 1974, 19 (2), 156 - 162 (a).
- ROSE, S.D. Training parents in groups as behavior modifiers of their mentally retarded children. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1974, 5 (2), 135 - 140 (a).
- ROSENTHAL, R. Experimenter effects in behavioral research.
New York, 1966.
- ROUSE, B.M.,
FARB, J. Training adolescents to use behavior modification with the severely handicapped. Exceptional Children, 1974, 40 (4), 286 - 288.
- SACHS, L. Angewandte Statistik.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1974.
- SANDERS, S.,
BOSWELL, J. Corrective social interaction therapy. Psychiatric Form, 1974, 4 (2), 11 - 13.
- SASLOW, J. Four therapeutic programs compared through training mothers to increase children's verbal behavior. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon, 1971.
- SCHAEFER, E.S.,
BELL, R.Q. Development of a parental attitude research instrument (PARI). Child Development, 1958, 29, 339 - 361.

- SCHLEIFER, M.,
WEISS, G.,
COHEN, N.,
ELEMEN, M.,
CUEJIC, H.,
KRUGER, E.
- Hyperactivity in preschoolers and the effects of methylphenidate. American Journal of Orthopsychiatry, 1975, 45, 38 - 50.
- SCHOPELER, E.,
REICHLER, R.J.
- Parents as co-therapists in the treatment of psychotic children. Journal of Autism and Childhood Schizophrenia, 1971, 1, 87 - 102.
- SCHUMAN, R.E.,
SHOEMAKER, D.J.,
MOELIS, J.
- Laboratory measurement of parental behavior. Journal of Consulting Psychology, 1962, 26, 109 - 114.
- SCHULTE, D.,
KEMMLER, L.
- Systematische Beobachtung in der Verhaltenstherapie. In: D. SCHULTE (Hrsg.): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1974.
- SCHULTE, D.
- Ein Beobachtungsverfahren zur Erfassung von Mutter-Kind-Interaktionen in standardisierten Beobachtungssituationen. s. Diplomarbeit von J. BROMBARTH, Bochum, 1976.
- SCOTT, PH.M.,
BURTON, R.V.,
YARROW, M.R.
- Social reinforcement under natural conditions. Child Development, 1967, 38, 53 - 63.
- SEITZ, S.,
HOEKENGA, R.
- Modelling as a training tool for retarded children and their parents. Mental Retardation, 1974, 12 (2), 28 - 31.
- SHAW, D.A.
- Family maintenance schedules for deviant behavior. Unpublished doctoral dissertation, University of Oregon, 1971.

- SHOBEN, J.R. The assessment of parental attitudes in relation to child adjustment (PAS). Genetic Psychology Monographs, 1949, 39, 101 - 148.
- SIEGEL, S. Nonparametric statistics for the behavioral sciences. Tokyo: McGraw-Hill Koga Kusha, Ltd., 1956.
- SKINDRUD, K.D. A preliminary evaluation of observer bias in multivariate field studies of social interaction. In: F.W. CLARK u. L.A. HAMERLYNCK (Eds.): Critical issues in research and practice: Proceedings of the Forth Banff International Conference on Behavior Modification. Champaign, III.: Research Press, 1972 (a).
- SKINDRUD, K.D. An evaluation of observer bias in experimental field studies of social interaction. Unpublished doctoral dissertation. University of Oregon, September 1972 (b).
- SKINNER, B. Die Funktion der Verstärkung in der Verhaltenswissenschaft. (Contingencies of Reinforcement.) München: Kindler Verlag GmbH, 1974.
- SMITH, J.A.,
RUBIN, G.,
Di LEONARDO, C.M. A parent involvement program for institutionalized retarded children in need of behavior training. Training School Bulletin, 1972, 69 (3), 115 - 120.
- STRAUGHAN, J.H. Treatment with child and mother in the playroom. Behavior Research and Therapy, 1964, 2, 37 - 41.

- STUART, R.B.,
JARATINE, S.,
TRIPODI, T. Changing of adolescent behavior
through reprogramming the
behavior of parents and teachers:
an experimental approach.
Paper presented at the 84th annual
meeting of the American Psychological
Association in Montreal, Quebec,
1973.
- SUINN, R.M. Traits for selection of para-
professionals for behavior-modification
consultation training.
Community Mental Health Journal,
1974, 10 (4), 441 - 449.
- TAPLIN, P.S.,
REID, J.B. Effects of instructional set and
experimenter influence on ob-
server reliability.
Child Development, 1973, 44,
547 - 554.
- TATE, B.G.,
BAROFF, G.S. Aversive control of self-injurious
behavior in a psychotic boy.
Behavior Research and Therapy,
1966, 4, 281 - 287.
- TAVORMINA, J.B. Basic models of parent counseling:
a critical review.
Psychological Bulletin, 1974, 81
(11), 827 - 835.
- TEICHER, J.D.,
SINAY, R.D.,
STUMPHAVER, J.S. Training community - based
paraprofessionals as behavior
therapists with families of
alcohol-abusing adolescents.
American Journal of Psychiatry,
1976, 133 (7), 847 - 850.
- TERDAL, L.,
BUELL, J. Parent education in managing retarded
children with behavior deficits and
inappropriate behaviors.
Mental Retardation, 1969, 7 (3),
10 - 13.

- THARP, R.G.,
WETZEL, R.J. "Behavior modification in the natural environment." New York, London: Academic Press, 1969, in deutscher Übersetzung: "Verhaltensstörungen im gegebenen Sozialfeld." München: Urban und Schwarzenberg, 1975.
- WAGNER, M.K. Parent therapists an operant conditioning method. Mental Hygiene, 1968, 52, 452 - 455.
- WAHLER, R.G.,
WINKEL, P.H.,
PETERSON, R.F.,
MORRISON, D.C. Mothers as behavior therapists of their own children. Behavior Research and Therapy, 1965, 3, 113 - 124.
- WAHLER, R.G. Oppositional children: a quest for parental reinforcement control. Journal of Applied Behavior Analysis, 1969, 2, 159 - 170.
- WALDER, L.O.,
COHEN, S.J.,
BRETER, D.E.,
DATSON, P.G.,
HIRSCH, J.S.,
LEIBOWITZ, J.M. Teaching behavioral principles to parents of disturbed children. In: GRAZIANO, A.M. (Hrsg.): Behavior therapy with children. New York: Aldine Atherton, 1971.
- WALTER, H.J.,
GILMORE, S.K. Placebo versus social learning effects in parent training procedure designed to alter the behavior of aggressive boys. Behavior Therapy, 1973, 4, 361 - 377.
- WATSON, L.S.,
BASSINGER, J.F. Parent training technology: a potential service delivery system. Mental Retardation, 1974, 12 (5), 3 - 10.
- WECHSLER, D. Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Bern: Huber, 1964.

ZEGIOB, L.,
FOREHAND, R.

Parent-child interactions:
observer effects and social
class differences.
Behavior Therapy, 1978, 9,
118 - 123.

ZEILBERGER, J.,
SAMPEN, S.E.,
SLOANE, H.

Modification of a child's
problem behaviors in the home
with the mother as therapist.
Journal of Applied Behavior
Analysis, 1968, 1, 47 - 53.

ZUNICH, M.

Relationship between maternal
behavior and attitudes toward
children.
Journal of Genetic Psychology,
1962, 5, 100 - 112.

VIII. ANHANG

Die Kategorien des Verhaltensbeobachtungssystems von
G.R. PATTERSON, aus JONES, R.R. und PATTERSON, G.R.,
(1971).

Behavioral Observation Categories

1	AP	Approval
2	AT	Attention
3	CM	Command
4	CN	Command Negative
5	CO	Compliance
6	CR	Cry
7	DI	Disapproval
8	DP	Dependency
9	DS	Destructiveness
10	HR	High Rate
11	HU	Humiliate
12	IG	Ignore
13	LA	Laugh
14	NC	Noncompliance
15	NE	Negativism
16	NO	Normative
17	NR	No Response
18	PL	Play
19	PN	Physical Negative
20	PP	Physical Positive
21	RC	Receive
22	SS	Self-stimulation
23	TA	Talk
24	TE	Tease
25	TH	Touch
26	WH	Whine
27	WK	Work
28	YE	Yell

VERHALTENSKATALOG

KINDER

I. kooperatives Verhalten

1. arbeitet (PA):

rechnet (mit Mutter)

schreibt

hört zu (z. B. wenn Aufgabe erklärt wird)

zeigt (der Mutter) etwas

schaut Buch mit Aufgaben an

stellt Frage

erklärt etwas

2. zeigt freudige Reaktionen (PF):

lächelt (Mutter an), lacht

schäkert mit Mutter

sagt, Aufgabe hätte ihm Spaß gemacht

II. negative Verhaltensweisen

3. ist motorisch unruhig (NM):

berührt sich an Ohr, Kopf, Knie

reibt sich die Augen

steht auf und setzt sich wieder

bohrt in der Nase

wackelt mit Beinen, Füßen

spielt mit Fingern

kaut am Bleistift, steckt Stift in den Mund

klopft mit Stift auf den Tisch

wühlt im Haar

stützt Arm auf

rückt an Tisch und Stuhl

trällert, singt, pfeift, quatscht

kaut Nägel

zwinkert, grimassiert

beißt auf die Lippen

4. zeigt Trotzreaktionen (NT): will andere Aufgaben rechnen
verweigert, z. B. "ist mir zu schwer!", "jetzt mag ich nicht mehr!"
haut mit Fäusten auf Tisch
redet unwillig laut
redet mit weinerlicher Stimme
weint vor Ärger
beschäftigt sich mit etwas (z. B. Bilderbuch) auch nach zweimaligem Verbot
5. wendet sich von der Arbeit ab (NW):

lenkt ab auf Mikrofon
schaut im Raum umher
schaut aus dem Fenster
schaut zur Decke
6. blockiert (NB):
starrt vor sich hin
träumt (brummt dabei weinerlich oder spielt dabei mit Hand und Mund)
hört nicht zu (zerstreut)
7. zeigt alberne Verhaltensweisen (NA):
macht Faxen
grimassiert
lacht albern (grimassiert dabei)

MUTTER

I. positive Verhaltensweisen dem Kind gegenüber

1. Anregung, Hilfestellung geben, informative Fragen (PH):

fragt nach
 hört zu, schaut zu
 erklärt
 sagt Regel
 diktiert
 strukturiert die Aufgabe
 fordert auf (weitermachen)
 arbeitet gemeinsam mit Kind

2. Lob und Bestätigung des Kindes (PL):

stimmt zu
 lobt: genau! jawohl! sehr gut! das hast du schön gemacht! Du bist ein Muster!
 lächelt Kind an, lacht
 streichelt Kind

3. adäquates Eingehen auf das Verhalten des Kindes (PE):

ermutigt ("das wird schon gehen!" u. ä.)
 ermahnt: schneller zu arbeiten, sauber zu schreiben
 ignoriert Störverhalten
 korrigiert Kind sachlich und freundlich
 geht auf Wunsch des Kindes ein
 setzt sich Kind gegenüber durch

II. negative Verhaltensweisen dem Kind gegenüber

4. negative Kritik an Kind und seiner Arbeit (NK):

ungeduldiger Tonfall
 nörgelt (z. B. an Schrift herum)
 negative Äußerungen wie: Du hast noch keine Zeile gerechnet! Sei doch nicht so schlampig! Stimmt doch gar nicht! (hart)
 kritisiert Äußeres, z. B. schlecht gekämmtes Haar

kritisiert Arbeit: das war nichts Gescheites
schimpft, z. B., daß das Kind nicht fertig ist;
schlägt mit Hand auf Kopf des Kindes.

5. Abwendung vom Kind (NW):

schaut vor sich hin
schaut sich im Raum um
schaut aus dem Fenster
schaut auf Plakate

6. direktes Eingreifen in die Arbeit des Kindes (ND):

räumt die Sachen des Kindes ein und aus
hält Hand auf Heft, in dem Kind arbeitet
blättert Buch für Kind um
zeichnet Linien für Kind
radiert im Heft
zeigt mit Finger auf eine Zeile
rückt ganz stark in körperliche Nähe des Kindes
reißt die Hand des Kindes zurück

7. inadäquates Eingehen auf das Verhalten des Kindes (NE):

gibt Aufforderungen sehr zögernd (in Frageform)
gibt inadäquate Aufforderungen (verlangt zu viel)
Bemerkungen wie: "wir sind hier nicht in der Kirche!"
"Du wirst im Leben noch viel lernen müssen".
lobt oder gibt Münze, wenn Kind es nicht verdient hat
lächelt unsicher, wenn Kind trotzig ist.

Kind / Mutter :

Zeit:

Therapie :

260

Beobachter:

[illegible]

GRUPPE I

Wir möchten heute mit der ersten Therapiesitzung beginnen und Sie bitten, einige Anweisungen zu beachten:

1. Erklären Sie selbst Ihrem Kind die Therapiesituation. Sie können es ihm in Ihren eigenen Worten sagen, nur sollte inhaltlich folgendes berücksichtigt sein:

- a) Versuche, 3 Minuten lang ruhig zu arbeiten (d. h. nicht mit den Füßen zu baumeln, dich zu kratzen, mit dem Stift zu spielen, vom Stuhl aufzustehen.
- b) In diesen 3 Minuten die Aufgaben richtig zu lösen und sauber zu arbeiten. Danach machen wir eine kurze Pause.
- c) Wir werden insgesamt 20 Minuten arbeiten.

2. Beobachten Sie Ihr Kind genau. Orientieren Sie sich an der Uhr, wenn jeweils 3 Minuten um sind.

3. Machen Sie danach eine kurze Pause und halten nun Ihrerseits bitte folgende Regeln ein:

- a) Hat das Kind für 3 Minuten gut gearbeitet, (d. h. ist es ruhig gewesen und hat es richtige Lösungen gebracht) loben Sie es! (z. B. "Das hast du gut gemacht!" "Sehr schön!" u. ä.)
- b) Hat das Kind nicht gut gearbeitet, "tadeln" Sie es, in möglichst neutralem Ton. (z. B. "Das ist nicht gut gewesen!" "Das hat jetzt nicht gereicht!" u. ä.)
- c) Lob und "Tadel" werden nach Beendigung der 3 Minuten-Arbeitsphase gegeben.

Gehen Sie während der Arbeitszeit jedoch wie sonst auch auf sachliche Fragen und Bitten von seiten des Kindes ein, d. h. arbeiten Sie mit ihm wie Sie es gewohnt sind.

- d) Bevor die nächste Arbeitsphase beginnt, erinnern Sie das Kind doch bitte noch einmal an die Erklärungen, die Sie ihm zu Beginn gegeben haben (Punkt 1. a) - c)), bis Sie selbst den Eindruck haben, das Kind hat die Aufforderungen verstanden.

Versuchen Sie bitte, die Anweisungen so gut wie möglich zu befolgen, aber seien Sie nicht beunruhigt, wenn Sie bemerken, daß Sie etwas übersehen haben. Sie fangen ja gerade erst an. Wir besprechen die Sitzung hinterher gemeinsam.

Heute haben wir die dritte Therapiesitzung.

Versuchen Sie bitte, sich an das bisher Besprochene zu erinnern, bevor Sie mit dem Kind zu arbeiten beginnen.

Wir möchten Ihnen jetzt eine weitere Anweisung geben und Sie bitten, diese in den folgenden Sitzungen zu beachten:

S t ö r t das Kind während der dreiminütigen Arbeitsphase, d. h. zeigt es eine seiner unruhigen Verhaltensweisen, ist es trotzig und will nicht arbeiten oder etwas anderes tun als Sie von ihm erwarten, gehen Sie nicht darauf ein, **i g n o r i e r e n** Sie diese Störungen.

Besprechen Sie **e r s t i n d e r P a u s e** nach der Arbeitszeit, was das Kind nicht richtig gemacht hat. Versuchen Sie, ihm wie bisher in möglichst neutralem Ton zu sagen, was für Sie noch nicht zufriedenstellend war, nachdem Sie es gelobt haben.

N e u ist für heute:

Sie "tadeln" das Kind nicht während der Arbeitszeit. Sie ignorieren seine Störungen während dieser Phase ganz und besprechen sie erst in der Pause.

Heute haben wir die fünfte Therapiesitzung.

Sagen Sie Ihrem Kind, bevor Sie zu arbeiten beginnen, bitte noch einmal, worauf es achten möchte und was von ihm erwartet wird.

Wir möchten Ihnen jetzt eine neue Anweisung geben und Sie bitten, diese in den weiteren Sitzungen einzuhalten:

S t ö r t das Kind während der Sitzung, d. h. ist es unruhig, ist es trotzig und will nicht mitarbeiten, spricht es unnatürlich laut, gehen Sie gar nicht darauf ein. Erinnern Sie das Kind nicht an sein störendes Verhalten. Vermeiden Sie nach Möglichkeit überhaupt negative Kritik am Kind oder seiner Arbeit.

L o b e n Sie das Kind in der Pause für das, was es **g u t** gemacht hat. Fragen Sie es dann, ob es selbst etwas an sich beobachtet hat: "Überleg einmal, bist du ruhig gewesen? Was hast du gemacht?" Lassen Sie sich nun von dem Kind sagen, welche störenden Verhaltensweisen vorgekommen sind, in ähnlicher Form, wie Sie es vorher ihm gesagt haben.

Wichtig ist dabei, daß Sie ihr Kind weiter **g e n a u b e o b a c h t e n**, um ihm eine Hilfestellung geben zu können.

N e u ist für heute:

Sie selbst "tadeln" das Kind nicht mehr, Sie **i g n o - r i e r e n** seine Störungen und lassen sich von dem Kind in der Pause sagen, was es selbst an sich beobachtet hat.

Heute haben wir die siebente Therapiesitzung.

Wir möchten allgemein so weiterarbeiten wie in den vergangenen zwei Sitzungen:

L o b e n Sie das Kind für das, was es g u t gemacht hat, sowohl in der Pause als auch spontan zwischendurch, wenn Sie es für angebracht halten.

"Tadeln" Sie selbst das Kind nicht mehr, ignorieren Sie sein unruhiges Verhalten und lassen es i n d e r P a u s e sagen, was es selbst an sich beobachtet hat.

Erinnern Sie das Kind zu Beginn der Sitzung bitte noch einmal daran.

Es kommen heute zwei weitere Anweisungen hinzu:

1. f ü r S i e : Versuchen Sie bitte, nicht in das Arbeitsmaterial des Kindes zu greifen, fassen Sie nicht mit der Hand in den Text, radieren Sie nicht seine Fehler aus. Das kann das Kind selbst machen.

Versuchen Sie gleichzeitig, körperlich nicht zu nahe an das Kind heranzurücken, bleiben Sie dort sitzen, wo wir Ihnen den Stuhl hingestellt haben.

2. f ü r d a s K i n d : Das Kind soll, bevor es zu rechnen beginnt

a) die Aufgaben laut vorlesen

- b) und Ihnen dann der Reihe nach die einzelnen Denkschritte sagen. Dies gilt für Textaufgaben.

Hat das Kind Schwierigkeiten, können Sie ihm helfen, z. B. durch Fragen wie: "Überleg doch einmal, was machst du zuerst? Was kommt dann?" u. ä.

Wichtig ist auch jetzt wieder, daß Sie das Kind genau beobachten, um ihm eine Hilfe geben zu können.

N e u ist für heute:

1. Sie selbst greifen nicht in das Arbeitsmaterial des Kindes ein und bleiben in dem vorgegebenen Abstand neben dem Kind sitzen.

2. Das Kind soll seine Aufgaben laut vorlesen, bevor es zu rechnen beginnt und Ihnen dann die einzelnen Rechenschritte laut nennen.

Heute haben wir die neunte Therapiesitzung.

Wir möchten so weiterarbeiten wie in den vergangenen vier Sitzungen.

L o b e n Sie das Kind für das, was es gut gemacht hat, sowohl in der Pause als auch spontan zwischendurch, wenn Sie es für angebracht halten.

"Tadeln" Sie selbst das Kind nicht mehr, i g n o - r i e r e n Sie sein unruhiges Verhalten und lassen es in der P a u s e sagen, was es selbst an sich beobachtet hat.

Versuchen Sie selbst, n i c h t i n d a s A r - b e i t s m a t e r i a l d e s K i n d e s e i n - z u g r e i f e n . Radieren Sie nicht in seinen Aufgaben. Das kann das Kind selbst.

Halten Sie das Kind dazu an, seine Aufgaben l a u t v o r z u l e s e n , bevor es zu arbeiten beginnt. Fordern Sie es auf, bei komplizierteren Aufgaben die einzelnen Denkschritte laut zu nennen.

So hatten wir bisher gearbeitet. Auch heute kommen zwei Anweisungen hinzu:

1. f ü r S i e : versuchen Sie, dem Kind Anregungen und Hilfestellungen zu geben, ohne ihm vorzusagen. Wir hatten das schon beiläufig erwähnt. Helfen Sie dem Kind überwiegend durch Nachfragen: "Überleg doch einmal, wie könntest Du die Rechnung beginnen?" u. ä.. Versuchen Sie, beruhigend auf das Kind einzuwirken durch Ermunterungen wie: "Versuch es doch einmal so, ich weiß doch, daß du das kannst" u.ä..
2. f ü r d a s K i n d : Fordern Sie das Kind auf, nach Lösung einer Aufgabe s e i n E r g e b n i s z u k o n t r o l l i e r e n . Es soll selber sagen: "D a s i s t r i c h t i g ! ", wenn es die Lösung für richtig hält. Macht es einen Fehler, helfen Sie ihm bei der Korrektur.

N e u ist für heute:

1. Sie geben dem Kind Anregungen und Hilfestellungen durch geschicktes Nachfragen und Ermunterungen. Vermeiden Sie es, ihm vorzusagen.
2. Das Kind soll nach Lösung einer Aufgabe sein Ergebnis selbst kontrollieren und laut sagen: "Das ist richtig!"

Alles andere bleibt wie bisher.

Heute haben wir die elfte Therapiesitzung.

Wir möchten so weiterarbeiten wie in den vorangegangenen Sitzungen und dabei auf die **Ze i t k o n t r o l l e** durch die Uhr **v e r z i c h t e n**.

L o b e n Sie das Kind für das, was es gut gemacht hat, immer, wenn Sie es für angebracht halten.

"Tadeln" Sie selbst das Kind nicht mehr und lassen es nach einem Zeitabschnitt, der Ihnen angemessen erscheint, sagen, was es selbst an sich beobachtet hat. Eventuell fragen Sie jeweils nach Beendigung mehrerer kurzer oder nach einer längeren Aufgabe. Versuchen Sie selbst, **n i c h t i n d a s A r b e i t s m a t e r i a l** **d e s K i n d e s e i n z u g r e i f e n**.

Sie selbst geben dem Kind **A n r e g u n g e n u n d H i l f e s t e l l u n g e n** durch Nachfragen wie: "Überleg doch einmal, was rechnest du zuerst?" u.ä..

Ermuntern Sie das Kind durch positive Aufforderungen, wenn es nicht weiter kann wie: "Versuch es doch noch einmal!" u.ä..

Halten Sie das Kind dazu an, seine Aufgaben **l a u t v o r z u l e s e n**, bevor es zu arbeiten beginnt. Fordern Sie es auf, bei komplizierten Aufgaben die einzelnen **D e n k s c h r i t t e l a u t** zu nennen.

Erinnern Sie das Kind daran, nach der Lösung einer Aufgabe sein Ergebnis selbst zu kontrollieren und laut zu sagen: "**D a s i s t r i c h t i g !**"

N e u ist für heute:

Wir arbeiten wie bisher und verzichten auf die Zeiteinteilung in Arbeitsphasen von drei Minuten.

GRUPPE M

Wir möchten heute mit der ersten Therapiesitzung beginnen und Sie bitten, einige Anweisungen zu beachten:

1. Erklären Sie selbst Ihrem Kind die Therapiesituation. Sie können es ihm in Ihren eigenen Worten sagen, nur sollte inhaltlich folgendes berücksichtigt sein:

- a) wenn du für 1 Minute ruhig arbeitest (d. h. auch nicht am Kopf kratzt, mit den Beinen wackelst, am Stuhl herumturnst, an der Kleidung zerrst, dich zurücklehnst)
- b) und die Aufgaben richtig gelöst und sauber gearbeitet hast, kannst du eine von diesen Münzen bekommen.
- c) Nach 3 Minuten machen wir eine kurze Pause. Hast du dann drei Münzen verdient, kannst du sie gegen eine große Münze umtauschen.
- d) Wir werden insgesamt 20 Minuten arbeiten; wenn du am Ende 4 große Münzen zusammen hast, kannst du dir etwas aus diesem Korb aussuchen.
Hast du am Schluß mehr als 4 große Münzen zusammen, kannst du den Rest sparen.

2. Beobachten Sie Ihr Kind genau, um ihm die Münzen wirklich dann zu geben, wenn es sie verdient hat.
Orientieren Sie sich an der Uhr, wann jeweils 1 oder 2 Minuten um sind.

3. Machen Sie nach 3 Minuten eine kurze Pause und halten Ihrerseits bitte folgende Regeln ein:

- a) Hat das Kind für eine Minute gut gearbeitet, legen Sie ihm eine kleine Münze auf den Tisch.
- b) Nach 3 Minuten machen Sie eine kurze Pause. Tauschen Sie die kleinen Münzen gegen eine große, wenn das Kind inzwischen genügend kleine bekommen hat und loben Sie es gleichzeitig (z. B. "Sehr schön!" "Das hast du gut gemacht!")

- c) Hat das Kind nicht gut gearbeitet, "tadeln" Sie es in möglichst neutralem Ton.
(z. B. "Das ist nicht gut gewesen!" "Das hat jetzt nicht gereicht!" u. ä.).
- d) Lob und "Tadel" werden immer nach Beendigung der Arbeitsphase von 3 Minuten gegeben.
Gehen Sie während der Arbeitszeit jedoch auch auf sachliche Fragen und Bitten von seiten des Kindes ein und loben oder korrigieren Sie es, wenn es Ihnen angebracht scheint, d. h. arbeiten Sie mit ihm, wie Sie es gewohnt sind.
- e) Bevor die nächste Arbeitsphase beginnt, erinnern Sie das Kind bitte noch einmal an die Erklärungen, die Sie ihm zu Beginn gegeben haben (Punkt 1. a) - d)), bis Sie selbst den Eindruck haben, das Kind hat die Anweisungen verstanden.

Versuchen Sie bitte, die Anweisungen so gut wie möglich zu befolgen, aber seien Sie nicht beunruhigt, wenn Sie bemerken, daß Sie etwas übersehen haben, Sie fangen ja gerade erst an. Wir besprechen die Sitzung hinterher gemeinsam.

Heute haben wir die dritte Therapiesitzung.

Versuchen Sie bitte, sich an das bisher Besprochene zu erinnern, bevor Sie mit dem Kind zu arbeiten beginnen.

Wir möchten Ihnen jetzt eine weitere Anweisung geben und Sie bitten, diese in den folgenden Sitzungen zu beachten:

S t ö r t das Kind während der dreiminütigen Arbeitsphase, d. h. zeigt es eine seiner unruhigen Verhaltensweisen, ist es trotzig und will nicht arbeiten oder etwas anderes tun als Sie von ihm erwarten, gehen Sie nicht darauf ein, **i g n o r i e r e n** Sie diese Störungen.

Besprechen Sie **e r s t i n d e r P a u s e** nach der Arbeitszeit, was das Kind nicht richtig gemacht hat. Versuchen Sie, ihm wie bisher in möglichst neutralem Ton zu sagen, was für Sie noch nicht zufriedenstellend war, nachdem Sie es gelobt haben oder auch mit einer Münze belohnt haben.

N e u ist für heute:

Sie "tadeln" das Kind nicht während der Arbeitszeit. Sie ignorieren seine Störungen während dieser Phase ganz und besprechen sie erst in der Pause.

Heute haben wir die fünfte Therapiesitzung.

Sagen Sie Ihrem Kind, bevor Sie zu arbeiten beginnen, bitte noch einmal, worauf es achten möchte und was von ihm erwartet wird.

Wir möchten Ihnen jetzt eine neue Anweisung geben und Sie bitten, diese in den weiteren Sitzungen einzuhalten:

S t ö r t das Kind während der Sitzung, d. h. ist es unruhig, ist es trotzig und will nicht mitarbeiten, spricht es unnatürlich laut, gehen Sie gar nicht darauf ein. Erinnern Sie das Kind nicht an sein störendes Verhalten. Vermeiden Sie nach Möglichkeit überhaupt negative Kritik am Kind oder seiner Arbeit.

L o b e n Sie das Kind in der Pause für das, was es **g u t** gemacht hat. Fragen Sie es dann, ob es selbst etwas an sich beobachtet hat: "Überleg einmal, bist du ruhig gewesen? Was hast du gemacht?" Lassen Sie sich nun von dem Kind sagen, welche störenden Verhaltensweisen vorgekommen sind, in ähnlicher Form, wie Sie es vorher ihm gesagt haben.

Wichtig ist dabei, daß Sie ihr Kind weiter **g e n a u** **b e o b a c h t e n**, um ihm eine Hilfestellung geben zu können.

Die Münzen geben Sie dem Kind wie bisher.

N e u ist für heute:

Sie selbst "tadeln" das Kind nicht mehr, Sie **i g n o - r i e r e n** seine Störungen und lassen sich von dem Kind in der Pause sagen, was es selbst an sich beobachtet hat.

Heute haben wir die siebente Therapiesitzung.

Wir möchten allgemein so weiterarbeiten wie in den vergangenen zwei Sitzungen:

L o b e n Sie das Kind für das, was es **g u t** gemacht hat, sowohl in der Pause als auch spontan zwischendurch, wenn Sie es für angebracht halten.

"Tadeln" Sie selbst das Kind nicht mehr, ignorieren Sie sein unruhiges Verhalten und lassen es **i n d e r P a u s e** sagen, was es selbst an sich beobachtet hat.

Erinnern Sie das Kind zu Beginn der Sitzung bitte noch einmal daran.

F ü r d a s K i n d kommt eine neue Anweisung hinzu, die Sie ihm bitte ebenfalls sagen, bevor es zu arbeiten beginnt.

Das Kind soll bevor es mit den einzelnen Aufgaben beginnt,

a) die Aufgabe laut vorlesen

b) und Ihnen dann der Reihe nach die einzelnen Rechenschritte sagen. Dies letzte gilt für Textaufgaben.

Hat das Kind Schwierigkeiten, können Sie ihm helfen, z. B. durch Fragen wie: "Überleg doch einmal, was machst du zuerst? Was kommt dann?" u. ä..

Wichtig ist auch jetzt wieder, daß Sie das Kind genau beobachten, um ihm eine Hilfe geben zu können.

Die **M ü n z e n** geben wir dem Kind wie bisher.

N e u ist für heute die Anweisung für das **K i n d**: es soll seine Aufgaben laut vorlesen, bevor es zu rechnen beginnt und Ihnen dann die einzelnen Rechenschritte laut nennen.

Heute haben wir die neunte Therapiesitzung.

Wir möchten allgemein so weiterarbeiten wie in den vergangenen vier Sitzungen:

L o b e n Sie das Kind für das, was es gut gemacht hat, sowohl in der Pause als auch spontan zwischendurch, wenn Sie es für angebracht halten.

"Tadeln" Sie selbst das Kind nicht mehr, ignorieren Sie sein unruhiges Verhalten und lassen es **i n d e r P a u s e** sagen, was es selbst an sich beobachtet hat.

Halten Sie das Kind dazu an, seine Aufgaben **l a u t v o r z u l e s e n**, bevor es zu arbeiten beginnt.

Fordern Sie es auf, bei komplizierteren Aufgaben die einzelnen Denkschritte laut zu sagen.

So hatten wir bisher gearbeitet.

F ü r d a s K i n d kommt heute eine neue Anweisung hinzu, die Sie ihm bitte sagen, bevor Sie zu arbeiten beginnen.

Fordern Sie das Kind auf, nach Lösung einer Aufgabe **s e i n E r g e b n i s z u k o n t r o l l i e - r e n**. Es soll selber sagen: "**D a s i s t r i c h - t i g !**", wenn es glaubt eine richtige Lösung gebracht zu haben.

Macht es einen Fehler, helfen Sie ihm bei der Korrektur.

Die **M ü n z e n** geben wir dem Kind wie bisher.

N e u ist heute eine weitere Anweisung für das Kind: es soll nach Lösung einer Aufgabe sein Ergebnis selbst kontrollieren und laut sagen: "**Das ist richtig!**"

Alles andere bleibt wie bisher.

Heute haben wir die elfte Therapiesitzung.

Wir möchten allgemein so weiterarbeiten wie in den vergangenen Sitzungen, dabei aber auf die **Z e i t k o n t r o l l e** durch die Uhr **v e r z i c h t e n**.

Halten Sie das Kind dazu an, seine Aufgaben **l a u t v o r z u l e s e n**, bevor es zu arbeiten beginnt.

Fordern Sie es auf, bei komplizierteren Aufgaben die einzelnen **D e n k s c h r i t t e** **l a u t** zu sagen.

Ermahnen Sie das Kind, nach Lösung einer Aufgabe **s e i n E r g e b n i s** zu **k o n t r o l l i e r e n**. Es soll selber sagen: "**D a s i s t r i c h t i g !**", wenn es glaubt, eine richtige Lösung gebracht zu haben.

L o b e n Sie das Kind für das, was es gut gemacht hat, immer, wenn Sie es für angebracht halten.

"Tadeln Sie selbst das Kind nicht mehr, ignorieren Sie sein unruhiges Verhalten und lassen es nach einem Zeitabschnitt, der Ihnen angemessen erscheint, **s a g e n**, **w a s e s a n s i c h s e l b s t b e o b a c h t e t** h a t. Fragen Sie das Kind eventuell jeweils nach mehreren kurzen oder nach einer längeren Aufgabe.

Wir wollen auch die Vergabe der **M ü n z e n** ändern. Geben Sie dem Kind für eine kurze Aufgabe, die es richtig gerechnet hat und bei der es ruhig gearbeitet hat, eine kleine Münze und nach einer längeren Rechnung gleich eine große.

Es können wiederum drei kleine gegen eine große Münze ausgetauscht werden.

N e u ist für heute: Wir arbeiten wie bisher und verzichten auf die Zeiteinteilung in Arbeitsphasen von drei Minuten. Das Kind bekommt für ruhiges Arbeiten bei gleichzeitig richtiger Lösung eine kleine Münze, wenn es eine kurze Aufgabe beendet hat, eine große nach Abschluß einer längeren Aufgabe.

FALLBESCHREIBUNGEN

1. KINDER DER GRUPPE I (verbale Instruktionen)

Jürgen, 7;7 J.

2. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Schulschwierigkeiten
 Konzentrationsschwäche
 "Nervosität" (Zwinkertic)
 Verträumtheit

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 114 (VT = 97, HT = 129)
 RAVEN - PM: 9 Fehler

Mutter: 39 J.
 gelernte Näherin, Hausfrau

Vater: 40 J.
 Zollbeamter

Geschwister: keine

Martin, 8;2 J.

2. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Konzentrationsschwäche
 "Nervosität"
 Aggressivität gegenüber anderen
 Kindern

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 107 (VT = 104, HT = 108)
 RAVEN - PM: 7 Fehler

Mutter: 30 J.
 Großhandelskaufmann, Hausfrau

Vater: 34 J.
 führt eigenes Lebensmittelgeschäft

Geschwister: Schwester (3 J.)

Guido, 8;4 J.

2. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Konzentrationsstörungen
 Aggressivität
 mangelndes Durchsetzungsvermögen
 Schlampigkeit

Verträumtheit

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 108 (VT = 103, HT = 113)
 RAVEN - PM: 6 Fehler

Mutter: 34 J.
 Angestellte, Hausfrau

Vater: 34 J.
 Chemotechniker

Geschwister: 1 Bruder, 4 J.

Gerald, 8;11 J.

3. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Konzentrationsstörungen
 Aggressivität (Eltern gegenüber)
 motorische Unruhe

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 108 (VT = 103, HT = 111)
 RAVEN - PM: 7 Fehler

Mutter: 32 J.
 Kindergärtnerin

Vater: 32 J.
 Großhandelskaufmann, Frührentner

Geschwister: keine

André, 10;1 J.

3. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Konzentrationsstörungen
 massive Trotzreaktionen
 Aggressivität
 motorische Unruhe

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 100 (VT = 100, HT = 100)
 RAVEN - PM: 3 Fehler

Mutter: 37 J.
 Hausfrau

Vater: 42 J.
 Bundeswehrangestellter

Geschwister: 3 Schwestern (14 J., 12 J., 3 J.)

Helmuth, 10;10 J.

4. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: "sämtliche Verhaltensstörungen,
die man so kennt"

Schulschwierigkeiten

Konzentrationsstörungen

Kontaktstörungen

"Nervosität"

Enuresis

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 122 (VT = 111, HT = 128)

RAVEN - PM: 6 Fehler

Mutter: 31 J.

Stenotypistin, Hausfrau

Vater: 31 J.

EDV-Techniker

Geschwister: 2 Brüder (8 J., 3 J.)

2. KINDER DER GRUPPE M (Münzsystem)

Christian, 7;2 J.

1. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Schulschwierigkeiten

Konzentrationsstörungen

Verträumtheit

Schlafstörungen

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 120 (VT = 114, HT = 122)

RAVEN - PM: 10Fehler

Mutter: 32 J.

Büroangestellte, Hausfrau

Vater: 35 J.

Malermeister

Geschwister: 1 Schwester (4 J.)

Harald, 10;3 J.

4. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Konzentrationsstörungen
Randalieren in der Schule
Clownerien
Enuresis

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 97 (VT = 95, HT = 100)
RAVEN - PM: 4 Fehler

Mutter: 37 J.
Hausfrau, Angestellte

Vater: -

Geschwister: 1 Schwester (15 J.)

Franz, 9 J.

3. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Schulschwierigkeiten
Konzentrationsstörungen
Randalieren in der Schule
"Nervosität" (Nägelbeißen)

Testergebnisse: HAWIK: IQ 83 (VT = 89, HT = 80)
RAVEN - PM: 10 Fehler

Mutter: 30 J.
Blumenbinderin

Vater: 32 J. (schwer krank)
Maschinenschlosser

Geschwister: 2 Schwestern (12 J., 6 J.)

Doris, 9;6 J.

4. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Angst vor der Schule
psychosomatische Beschwerden
(Magen- und Kopfschmerzen)
Schlafstörungen
Schüchternheit

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 109 (VT = 106, HT = 110)
RAVEN - PM: 7 Fehler

Mutter: 35 J.
 Büroangestellte, Hausfrau
 Vater: 51 J.
 kaufmännischer Angestellter
 Geschwister: 1 Bruder (12 J.),
 1 Schwester (10 J.)

Jürgen, 9 J.

3. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Schulschwierigkeiten

Aggressivität

massive Trotzreaktionen

Unkonzentriertheit

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 117 (VT = 113, HT = 117)
 RAVEN- PM: 9 Fehler

Mutter: 33 J.
 kaufmännische Angestellte
 Vater: 33 J.
 Maschinenbauingenieur
 Geschwister: 1 Bruder (7 J.)

Patricia, 7;4 J.

2. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Schulschwierigkeiten

Konzentrationsstörungen

Daumenlutschen

Trotzreaktionen

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 97 (VT = 97, HT = 97)
 RAVEN- PM: 10 Fehler

Mutter: 43 J.
 Industriekaufmann, Hausfrau
 Vater: 56 J.
 Textilkauflmann
 Geschwister: 3 Schwestern (26 J., 18 J., 14 J.),
 1 Bruder (23 J.)

3. KINDER DER KONTROLLGRUPPE

Konrad, 6;8 J.

1. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Konzentrationsstörungen

massive Trotzreaktionen

Aggressivität

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 92 (VT = 91, HT = 96)

RAVEN - PM: 12 Fehler

Mutter: 26 J.

Krankenschwester, Hausfrau

Vater: 28 J.

ungelernter Arbeiter

Geschwister: 1 Bruder (3 J.)

Edgar, 9 J.

4. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Konzentrationsstörungen

Ängstlichkeit

"Nervosität"

Trotzreaktionen

Testergebnisse: HAWIK: IQ = 126 (VT = 121, HT = 126)

RAVEN - PM: 10 Fehler

Rainer, 9 J.

4. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Schulschwierigkeiten

Konzentrationsstörungen

Kontaktschwierigkeiten

Aggressivität

Testergebnisse: HAWIK: 113 (VT = 124, HT = 97)

RAVEN - PM: 4 Fehler

Mutter: 35 J.

Büroangestellte (im Geschäft des Mannes)

Vater: 35 J.

eigenes Metzgereigeschäft

Geschwister: 1 Bruder (12 J.), 1 Schwester (4 J.)

Rolf, 8;6 J.

3. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Schulschwierigkeiten

Konzentrationsstörungen

"Nervosität"

massive Trotzreaktionen

Testergebnisse:

HAWIK: IQ = 121 (VT = 118, HT = 120)

RAVEN - PM: 1 Fehler

Mutter:

44 J.

Hausfrau

Vater:

51 J.

Bauingenieur

Geschwister:

1 Schwester (18 J.)

Gerhard, 10 J.

4. Klasse Volksschule

Grund der Vorstellung: Konzentrationsstörungen

Nervosität

Ängstlichkeit

Überangepaßtheit

Testergebnisse:

HAWIK: Gesamt-IQ = 131 (VT = 124, HT = 130)

RAVEN - PM: 4 Fehler

Mutter:

34 J.

Verkäuferin

Vater:

36 J.

Beamter (Arbeitsamt)

Geschwister:

keine

Wie Problemkindern geholfen werden kann

Neuartiger Trainingskurs an der Universität für Mütter mit Erziehungsschwierigkeiten

II. Es ist kein Geheimnis, daß immer mehr Familien mit Erziehungsschwierigkeiten zu kämpfen haben. Die Kinder haben Probleme in der Schule, sie können sich nicht konzentrieren, träumen, sind unfähig, ihre Sachen in Ordnung zu halten, zanken und prügeln sich oder aber sie sind ängstlich, schüchtern, können sich nicht durchsetzen, finden keine Freunde... Dieses Fehlverhalten, unter dem oft die ganze Familie leidet, brauche man nicht als gottgegeben hinzunehmen, behaupten die Psychologen. Im Januar beginnt in der Universität ein Trainingskurs, in dem Mütter mit ihren Problemkindern gemeinsam lernen sollen, dieser Schwierigkeiten Herr zu werden.

Jedes Kind wird einzeln behandelt werden, erklärt die Diplom-Psychologin Ingrid Bastine. Nach ausführlicher psychologischer Untersuchung von Mutter und Kind wird je nach den vorliegenden Schwierigkeiten ein individueller Therapieplan erstellt. Dann wird die Therapie des Kindes durch einen Psychologen eingeleitet. Die Mutter ist dabei und beobachtet Kind und Therapeut. Im Anschluß an die Sitzungen, die zweimal wöchentlich stattfinden, erörtert der Psychologe mit der Mutter in einem Gespräch das therapeutische Vorgehen. In der nächsten Phase übernimmt die Mutter die Rolle des

Therapeuten. Nun beobachtet der Psychologe sie und bespricht direkt während der Sitzung oder unmittelbar nachher die aufgetretenen Schwierigkeiten mit ihr. Darüberhinaus sollen die Mütter bei gemeinsamen Gruppengesprächen Gelegenheit haben, gegenseitig Erfahrungen auszutauschen.

Der Trainingskurs ist nach den Grundsätzen der modernen Lernpsychologie entwickelt worden. Es soll versucht werden, Mütter auf Erziehungsfehler aufmerksam zu machen, ihnen aber gleichzeitig alternative Erziehungsmöglichkeiten aufzuzeigen und sie bei der Ausführung des neu Gelernten zu unterstützen. Es ist also nur dann mit Erfolg zu rechnen, wenn die Mutter zu aktiver Mitarbeit bereit ist. In den letzten Jahren sei in der Öffentlichkeit viel über Erziehungsmethoden in Schule und Elternhaus diskutiert worden, meint Ingrid Bastine. Das habe oft mehr zu Verunsicherung und inkonsistenten Erziehungshaltungen geführt als zu wirklicher Hilfe für die Eltern. Die Psychologin sieht den Grund dafür vor allem in der Tatsache, daß die öffentlichen Ratschläge für wirklich problematische Fälle viel zu allgemein gehalten seien. „Auch bei Kindern ist es nicht unbedingt dasselbe, wenn zwei das Gleiche tun. Das Verhalten des Kindes ist in Beziehung zu seiner ganz individuellen Um-

welt zu sehen. Anweisungen für Erziehungsmaßnahmen können sinnlos werden, wenn der soziale Kontext, in dem ein Kind steht, nicht beachtet worden ist.“ Deshalb sollen die Elternanweisungen ganz speziell auf das Problemkind und seine Familie abgestimmt und die Folgen der veränderten elterlichen Erziehungsstrategien genau beobachtet werden, um möglicherweise Änderungen vornehmen zu können.

Der kostenlose Kursus ist gedacht für Kinder im Alter von sechs bis neun Jahren. Er soll im April abgeschlossen sein. Interessenten können sich in der Universität bei Dipl.-Psychologin Ingrid Bastine, Tel. 9 43/23 98 oder 943/38 06 anmelden.

ANAMNESE

Name des Kindes:

Alter:

Schuljahr:

Elternteil:

durchgeführt von:

Datum:

I. Grund der Vorstellung

1. Weshalb kommen Sie zu uns?

Welche Schwierigkeiten haben Sie mit Ihrem Kind?

2. Welches Verhalten Ihres Kindes erscheint Ihnen auffällig?

3. Welches Verhalten erleben Sie als störend?

4. Zeigt Ihr Kind noch andere Verhaltensweisen, die Sie als auffällig oder störend erleben?

5. Wie reagieren Sie, wenn Ihr Kind diese Auffälligkeiten zeigt? (Einzelne erneut benennen und abfragen)

6. Wie reagieren die anderen Familienmitglieder, wenn das Kind sich auffällig verhält?

-
7. Wie lange bestehen die störenden Verhaltensweisen schon?

- a) Unter welchen Bedingungen sind sie zum erstenmal aufgetreten?

-
- b) In welchen Situationen und in Gegenwart welcher Personen tritt das Störverhalten besonders häufig auf?

-
8. Zeigen andere Familienangehörige ähnliche Verhaltensweisen?

-
9. (Ergänzende Fragen, falls die folgenden Verhaltensweisen nicht genannt worden sind)

- a) Hat das Kind Konzentrationsschwierigkeiten?

Kann es längere Zeit ohne Unterbrechung arbeiten oder spielen?

Wie lange?

Träumt es oder ist es unruhig?

- b) Achtet es auf Ordnung?

- c) Kommt es Aufforderungen nach?

- d) Kann es sich durchsetzen oder ist es gehemmt?

- e) Ist es sensibel (empfindsam)?

- f) Ist es leicht erregbar?

- g) Ist es ausgeglichen oder schwankend in seinem Verhalten?

- h) Ist es aggressiv?

- i) Lügt es?

- k) Stiehlt es?
- l) Nascht es?
- m) Ist es besonders unruhig oder eher ruhig?
- n) Kaut es Nägel?
- o) Näßt oder kotet es ein?

10. Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind?

Was kann es besonders gut?

11. Wie reagieren Sie, wenn Ihr Kind das genannte positive Verhalten zeigt?

12.a) Womit spielt das Kind am liebsten?

b) Spielt es überwiegend allein oder mit Eltern, Geschwistern, Gleichaltrigen?

c) Kann es verlieren?
Kann es Mißerfolge hinnehmen?

13. Möchten Sie noch etwas über Ihr Kind sagen?

14. Sind Sie mit Ihrem Kind schon einmal in einer psychologischen Behandlung oder Untersuchung gewesen?
-

II. Zum Kind

1. Hat es während Schwangerschaft und Geburt Ihres Kindes irgendwelche Komplikationen gegeben?
-

2. Ist das Kind erwünscht gewesen oder nicht?
-

3. Ist es körperlich gesund?

- a) Sind Sprach-, Seh-, Hörfehler vorhanden?
Motorische Störungen?
-

- b) Ist es häufig krank?
-

4. Geht Ihr Kind gerne zur Schule?

- a) Wie sind seine Schulleistungen?
(Sind sie immer so gewesen oder hat es in letzter Zeit Veränderungen gegeben?)
-

- b) Wie macht es seine Hausaufgaben?

- Allein oder ist jemand dabei?

- Wie lange braucht es dazu?

- Arbeitet es durchgehend?

- c) Wie kommt es mit seinem Lehrer aus?

d) Hat es Kontakt zu seinen Mitschülern?

e) Hat es vorher einen Kindergarten besucht?

Ist es gerne dorthin gegangen?

5. Nimmt es aktiv von sich aus Kontakt zu anderen auf
oder ist es eher zurückhaltend?

a) Hat es gleichaltrige Freunde?

b) Wie kommt es mit Erwachsenen aus?

c) Mit welchen Personen ist es am häufigsten zusammen?

Welche hat es am liebsten?

Was macht es mit diesen?

6. Wie ist der Erziehungsstil der Eltern?

a) eher verwöhnend oder streng?

b) Ist die Erziehung konsequent oder eher ungleichmäßig?

c) Bestehen Differenzen zwischen den Eltern?

7. Hat das Kind bestimmte Aufgaben in der Familie zu verrichten?
-

8. Ist es einmal für längere Zeit aus dem Haus gewesen? (Heim - Krankenhaus - Verwandte)
-

III. Zur Familie

1. Eltern:

a) Alter:

b) Schulbildung:

c) Beruf:

2. Geschwister:

a) Anzahl:

b) Alter:

c) Schule (Typ, Schuljahr):

3. Gibt es weitere Personen, die zur Hausgemeinschaft gehören?
-

IV. Zusammenfassung der wichtigsten Schwierigkeiten des Kindes.

(möglichst in Rangordnung: Welches Verhalten wird am stärksten als Störung empfunden?)

V. Eindruck von der Mutter

Lehrstuhl für Psychologie I
Projektgruppe "Elterntraining"

Wir versichern Ihnen, daß wir das von unserer Seite Mögliche tun werden, um die Behandlung Ihres Kindes effektiv zu gestalten.

Alle Ihre Angaben und Aussagen bleiben anonym und werden ausschließlich dazu verwendet, Ihnen optimale Behandlungsbedingungen zu gewährleisten und eine wissenschaftliche Auswertung der Therapie zu ermöglichen.

Für alle Mitarbeiter des Projektes

I. Bastine (Dipl.-Psych.)

Sie sind über die Dauer und Häufigkeit der Therapien informiert worden. Das Abbrechen der Behandlung kann für Ihr Kind von Nachteil sein. Bitte erklären Sie sich daher von Ihrer Seite aus durch Ihre Unterschrift mit folgenden Punkten einverstanden:

- a) Ich erkläre mich bereit, an den für die Therapie notwendigen Testsitzungen teilzunehmen.
- b) Ich erkläre mich bereit, zu den vereinbarten Therapiestunden regelmäßig und pünktlich zu erscheinen.
- c) Ich erkläre mit damit einverstanden, daß Ton- und Videoaufnahmen gemacht werden, die zu wissenschaftlichen Zwecken weiterverwendet werden dürfen.

Regensburg, den

.....

(Unterschrift)

INTERVIEW: EMOTIONALE EINSTELLUNG DER MUTTER ZU IHREM
KIND. (A)

Name des Kindes:

Name der Mutter:

Interviewer:

Datum:

1. Welche Eigenschaften schätzen Sie an Ihrem Kind?

2. Soll Ihr Kind einmal eine weiterführende Schule besuchen?

3. Sind Sie mit den Interessen Ihres Kindes einverstanden?

Mit welchen sind Sie einverstanden, mit welchen nicht?

4. Gefällt Ihnen das Äußere Ihres Kindes?

Finden Sie es hübsch?

Wem sieht es ähnlich?

5. Wielange beschäftigen Sie sich täglich mit Ihrem Kind?

Wielange mit seinen Geschwistern?

6. Was gefällt Ihnen an Ihrem Kind nicht?

7. Haben Sie Vorstellungen vom Beruf ihres Kindes?

8. Würde es Ihnen etwas ausmachen, Ihr Kind von Zuhause fortzugeben? (Internat, Heim, Verwandte)

9. Haben Sie Ihr Kind gern?

10. Halten Sie die Wünsche und Bedürfnisse, die Ihr Kind äußert, für angemessen?
Wieweit kommen Sie ihnen nach?

11. Erleben Sie Ihr Kind neben den Arbeiten im Haushalt (und im Beruf) als Belastung?

12. Sind Sie stolz auf Ihr Kind?

13. Hat es Zeiten gegeben, zu denen Ihr Kind weniger Schwierigkeiten gemacht hat als im Augenblick?
Sind die Schwierigkeiten schon einmal größer gewesen?

INTERVIEW: EINSTELLUNG DER MUTTER ZUR THERAPIE (B)

Name des Kindes:

Name der Mutter:

Interviewer:

Datum:

-
1. Sind Sie bereit, bei Problemen mit Ihrem Kind Vorschläge eines Psychologen aufzugreifen?

-
2. Können Sie Ihren augenblicklichen Tagesplan ändern, wenn eine neue Erziehungsmaßnahme dies erforderlich erscheinen läßt?
-

3. Erwarten Sie sich von der Therapie eine wertvolle Hilfe für die Erziehung Ihres Kindes?
-

4. Kann durch eine Therapie etwas erreicht werden, wenn ein Kind schwierig ist oder liegt dies am Kind und ist nicht zu ändern?
-

5. Würden Sie gerne mit dem Therapeuten zusammenarbeiten oder glauben Sie, daß der Therapeut das Kind auch ohne die Unterstützung der Eltern erfolgreich behandeln kann?
-

6. Glauben Sie, daß Ihr Kind schwierig sein kann, weil Sie in der Erziehung Fehler gemacht haben?

7. Fällt es Ihnen schwer, zweimal wöchentlich mit Ihrem Kind zur Therapie zu kommen?

8. Erzählen Sie Ihrem Mann von den jeweiligen Therapie-sitzungen?

9. Wie lange glauben Sie, wird es dauern, bis eine Ver-haltensänderung bei Ihrem Kind erreicht werden kann?

10. Würden Sie, nachdem Sie die Therapiemethoden kennen-gelernt haben, gerne weitermachen? (Oder haben Sie den Eindruck, daß die Therapie nichts nützt und wür-den deshalb am liebsten aufhören?)

INTERVIEW ÜBER AUSSERHALB DER THERAPIE BEOBACHTETEN
VERÄNDERUNGEN DES KINDES (C und D)

Name des Kindes:

Interviewer:

Name des Vaters:

Datum:

Name des Lehrers:

1. a) Was glauben Sie, sind die Schwierigkeiten des Kindes?

(Falls die behandelten Störungen nicht genannt werden, direkt nachfragen)

- b) Könnten Sie sagen, wie es zu diesen Schwierigkeiten gekommen ist?

2. a) Haben Sie den Eindruck, daß bei einigen dieser Auffälligkeiten in der letzten Zeit eine Veränderung eingetreten ist?

(Wobei? In welchem Ausmaß? Beispiele.)

- b) Wodurch meinen Sie, sind die Veränderungen zustande gekommen?

NACHUNTERSUCHUNG ZUR ERFOLGSKONTROLLE

(sechs Monate nach Abschluß der Behandlung)

FRAGEN ZU DEM GESPRÄCH MIT DER MUTTER

(Dauer etwa 60 Minuten):

1. Frage nach allgemeinem Befinden von Mutter und Kind.

Wie geht es Ihnen und Ihrem Kind?

Wie war das Zeugnis?

Hat es einen neuen Lehrer? Wie kommt es mit ihm aus?

2. Sind die während der Behandlung bei Ihnen oder Ihrem Kind erreichten Veränderungen:

a) positiv weiterentwickelt worden?

b) so geblieben?

c) ist ein Rückfall eingetreten?
(auf spezielle Symptomatik eingehen)

d) sieht Ihr Mann die Situation wie Sie?

3. Sind Sie allgemein zufrieden mit dem Verhalten des Kindes?

a) Ist es schwieriger als vor der Behandlung?

b) Ist alles genau so geblieben?

c) Ist es weniger schwierig als vor der Behandlung?
(nach einzelnen Verhaltensweisen fragen)

d) Sieht Ihr Mann die Situation so wie Sie?

4. Sind Sie froh darüber, das Trainingsprogramm mitgemacht zu haben? Was hat Ihnen am ehesten etwas gebracht?

Was sagt Ihr Mann dazu?

5. Arbeiten Sie Zuhause so weiter, wie wir es besprochen haben?

a) wenn "ja", genauer beschreiben lassen, was gemacht wird;

b) wenn "nein" genauer beschreiben lassen, warum nicht.

c) Hat Ihr Mann die Anregungen ebenfalls übernommen?
Was an seinem Verhalten ist gegenüber früher anders geworden?

6. Sind die Anregungen, die Sie bekommen haben, auch hilfreich bei der Erziehung der anderen Kinder?

Maximale Arbeitszeit (in Sekunden)

Kinder	BI				Intervention													
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Jürgen (J.)	40	50	40	40	30	50	10	50	70	90	50	40	80	130	20	110	40	100
Christian	70	200	150	120	170	100	150	130	110	120	180	110	100	80	160	50	90	130
Martin	140	120	110	480	590	90	90	120	190	140	150	190	160	150	150	190	130	130
Harald	500	250	210	470	170	360	280	150	140	400	200	140	410	550	370	250	710	260
Franz	130	170	170	220	120	70	140	110	140	90	220	540	380	230	120	420	120	80
Doris	70	140	90	130	70	250	80	20	310	120	230	240	120	150	80	140	140	110
Guido	150	60	30	150	30	130	110	110	100	70	220	60	170	360	180	390	240	200
André	80	50	90	100	20	80	30	50	70	30	230	70	60	150	40	160	200	100
Jürgen (M.)	130	110	100	70	150	80	100	140	200	140	140	70	160	190	210	90	150	90
Gerald	40	50	60	100	150	320	130	60	30	30	60	150	50	60	140	60	40	110
Patricia	110	40	50	110	150	60	140	130	40	60	60	90	80	50	50	200	50	40
Helmut	40	60	50	60	60	40	80	150	40	100	40	60	20	110	140	90	60	30

Reliabilitätsmessungen
zur Verhaltensbeobachtung

Beobachterübereinstimmung (in Prozent)

1. Interventionswoche	87,0 %	$\bar{x} = 89,0 \%$
	93,0 %	
	97,0 %	
	81,0 %	
	87,0 %	
2. Interventionswoche	95,8 %	$\bar{x} = 90,9 \%$
	90,0 %	
	93,0 %	
	85,0 %	
3. Interventionswoche	90,0 %	$\bar{x} = 85,6 \%$
	88,3 %	
	93,4 %	
	78,5 %	
	82,5 %	
	80,8 %	
4. Interventionswoche	88,0 %	$\bar{x} = 84,9 \%$
	82,6 %	
	84,3 %	
5. Interventionswoche	92,5 %	$\bar{x} = 88,3 \%$
	90,0 %	
	82,5 %	
6. Interventionswoche	85,84 %	$\bar{x} = 86,3 \%$
	80,0 %	
	93,0 %	
7. Interventionswoche	83,3 %	$\bar{x} = 87,2 \%$
	82,5 %	
	96,0 %	
2. Beobachtungsphase (2. Sitzung)	97,0 %	$\bar{x} = 94,0 \%$
	90,0 %	
	95,0 %	
Gesamtübereinstimmung		<u>$\bar{x} = 88,2 \%$</u>

Interview A: Gruppe I

Verschlüsselte Antworten aus der 1., 2. und 3. Befragung

A Frage Nr.	Jürgens Mutter			Martins Mutter			Guidos Mutter			Gerals Mutter			Andrés Mutter			Helmuths Mutter		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	2	2	2	2
2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	0	1	2	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	1	1
6	0	0	0	2	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	1	0	1	0
7	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	2
8	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	0	0	0
9	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
10	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	0	1
11	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	2	2
12	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	1	0	2	2	2	1	2	2
13	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	0

Tabelle 2

Interview A: Gruppe M

Verschlüsselte Antworten aus der 1., 2. und 3. Befragung

A	Christians Mutter			Heralds Mutter			Franz Mutter			Doris Mutter			Jürgens Mutter			Patricias Mutter		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Frage Nr.																		
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2
2	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
3	0	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	2	2
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	2	1	2	0	0	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	1
7	0	0	1	0	2	0	0	1	1	1	1	2	0	0	0	0	0	0
8	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	0	2	2
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	0	0	1	1	1	0	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
11	2	2	2	0	0	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	2	2	2	0	0	0	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2
13	1	1	2	0	0	2	1	1	1	2	1	1	0	1	2	1	0	2

Tabelle 3

Interview A: Gruppe K
Verschlüsselte Antworten aus der 1., 2. und 3. Befragung.

A	Konrads Mutter			Edgars Mutter			Rainers Mutter			Rofls Mutter			Gerhards Mutter		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Frage Nr.															
1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
2	2	2	2	2	0	1	2	2	0	1	2	1	2	2	
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	
5	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1
6	2	2	2	2	1	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0
7	0	0	1	2	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	1
8	2	2	1	1	0	0	1	1	1	1	2	1	2	2	2
9	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
10	1	2	1	0	0	2	2	2	2	2	1	2	1	2	1
11	2	2	2	2	2	2	0	1	2	2	1	2	2	2	2
12	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	2	2	2
13	1	2	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	2	1

Tabelle 4

Interview B: Gruppe I

Verschlüsselte Antworten aus der 1., 2. und 3. Befragung

B Frage Nr.	Jürgens Mutter			Martins Mutter			Guidos Mutter			Gerals Mutter			Andrés Mutter			Helmuths Mutter		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2
4	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	2	2	1	1	2
7	2	2	2	2	2	2	1	1	0	1	2	2	2	2	2	2	2	2
8	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	0	0
9	0	0	2	1	2	2	0	2	2	2	0	0	1	0	2	2	2	0
10	0	2	2	0	2	2	0	2	2	2	0	1	2	0	2	0	2	2

Tabelle 5

Interview B: Gruppe M

Verschlüsselte Antworten aus der 1., 2. und 3. Befragung

B Frage Nr.	Christians Mutter			Haralds Mutter			Franz Mutter			Doris Mutter			Jürgens Mutter			Patricias Mutter		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2	1	1	0	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1
5	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2
7	1	2	2	1	0	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	1	2
8	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	0	0	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	0	2	2	0	2	2
10	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2	0	2	2

Verschlüsselte Antworten aus der 1., 2. und 3. Befragung

C	Jürgens			Martins			Guidos			Gerals			Andrés			Helmuths		
	Vater			Vater			Vater			Vater			Vater			Vater		
Frage Nr.	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1a	2			2			1			2			2			2		
1b	1			1			1			1			1			0		
2a		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1
2b		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1

D	Jürgens			Martins			Guidos			Gerals			Andrés			Helmuths		
	Lehrer			Lehrer			Lehrer			Lehrer			Lehrer			Lehrer		
Frage Nr.	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1a	2			2			2			2			2			2		
1b	1			1			1			1			1			1		
2a		1	1		1	1		1	1		1	1		0	1		0	1
2b		1	1		1	1		1	1		1	1		0	1		0	1

Tabelle 8

Interview C und D: Gruppe M

Verschiedene Antworten aus der 1., 2. und 3. Befragung

C	Christians Vater			Haralds Vater			Franz Vater			Doris Vater			Jürgens Vater			Patricias Vater		
Frage Nr.	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1a	2			2			2			2			2			2		
1b	1			1			1			1			1			1		
2a		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1
2b		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1

D	Christians Lehrer			Haralds Lehrer			Franz Lehrer			Doris Lehrer			Jürgens Lehrer			Patricias Lehrer		
Frage Nr.	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
1a	2			2			2			2			2			2		
1b	1			1			0			1			1			1		
2a		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1		1	1
2b		1	0		0	0		1	1		1	1		1	1		1	1

Tabelle 9

Interview C und C: Gruppe K

Verschlüsselte Antworten aus der 1., 2. und 3. Befragung

C	Frage Nr.	Konrads Vater			Edgars Vater			Rainers Vater			Rolfs Vater			Gerals Vater		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
C	1a	2			2						1			2		
	1b	1			1						1			1		
	2a		1	1		0	0				1	1		0	0	
	2b		0	0		0	0				0	1		0	0	
D		Konrads Lehrer			Edgars Lehrer			Rainers Lehrer			Rolfs Lehrer			Gerals Lehrer		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3
D	1a	2			1			2			2			2		
	1b	1			1			1			1			0		
	2a		1	1		0	0		0	0		1	0	0	0	
	2b		0	1		0	0		0	0		1	0	0	0	

Tabelle 10 Beurteiler-Übereinstimmung, Interviews,
(Prozentangaben)

Interviews	Gruppe I	Gruppe M	Gruppe K
Interview A	89.32	91.88	91.29
Interview B	90.00	94.55	93.71
Interview C	100.00	100.00	100.00
Interview D	95.83	97.92	100.00

LEBENS LAUF

Geboren am 31. 1. 1940	in Trautenau/Sudetenland
Eltern	August Scholz und Anna Scholz, geb. Föhst
1946 - 1951	Besuch der Volksschule in Grabau
1951 - 1959	Besuch des neusprachl. Gymna- siums in Bad Oldesloe
1959 - 1960	Studienjahr in England
1960	Studienbeginn in Philosophie und Psychologie in Hamburg
1968	Diplom-Hauptprüfung in Psy- chologie in Münster
1968 - 1970	Wissenschaftliche Angestellte in der Kinder- und Jugendpsy- chiatrischen Abteilung des Hamburger Universitätskran- kenhauses
1970 - 1972	Wissenschaftliche Assistentin an der Kinderabteilung des Max-Planck-Instituts für Psy- chiarie in München
1973 - 1974	Promotionsstipendium nach dem Graduiertenförderungsgesetz an der Universität Regensburg
Seit Januar 1975	bin ich am Institut für Psy- chologie der Universität München als Verwalter der Dienstgeschäf- te eines wissenschaftlichen Assistenten in der Abteilung für Klinische Psychologie an- gestellt.

